

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 juillet 1896 à 1 heure.

PAR

Léon-Eugène LE DARD

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Né à Comsaulles-sur-Mer (Calvados), le 28 Mai 1866

LA PARALYSIE FACIALE

DANS LE

TÉTANOS CÉPHALIQUE

Président : M. DEBOVE, *professeur.*

Juges : MM. { LETULLE, *professeur.*
GAUCHER ET THOINOT, *agrégés.*

PARIS

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

520

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 juillet 1896 à 1 heure.

PAR

Léon-Eugène LE DARD

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Né à Comseulles-sur-Mer (Calvados), le 28 Mai 1866

LA PARALYSIE FACIALE

DANS LE

TÉTANOS CÉPHALIQUE

Président : M. DEBOVE, *professeur.*

Juges : MM. { LETULLE, *professeur.*
GAUCHER ET THOINOT, *agregés.*

PARIS

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses discussions qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DEBOVE

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Pathologie interne

Médecin de l'Hôpital Beaujon

A MES MAÎTRES

A MES PREMIERS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE CAEN

A M. LE PROFESSEUR TILLAUX

A M. LE DOCTEUR CHAUFFARD

(Stage 1890.)

A M. LE DOCTEUR POLAILLON

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

(Externat 1891.)

A M. LE DOCTEUR MOIZARD

Médecin des Enfants malades

(Externat 1892.)

A M. LE DOCTEUR BARTH

Médecin de l'Hôpital Broussais

(Externat 1893.)

A MM. LES DOCTEURS GAUCHER, DARIER, DANLOS

(Internat provisoire 1894.)

A M. LE DOCTEUR GOUGENHEIM

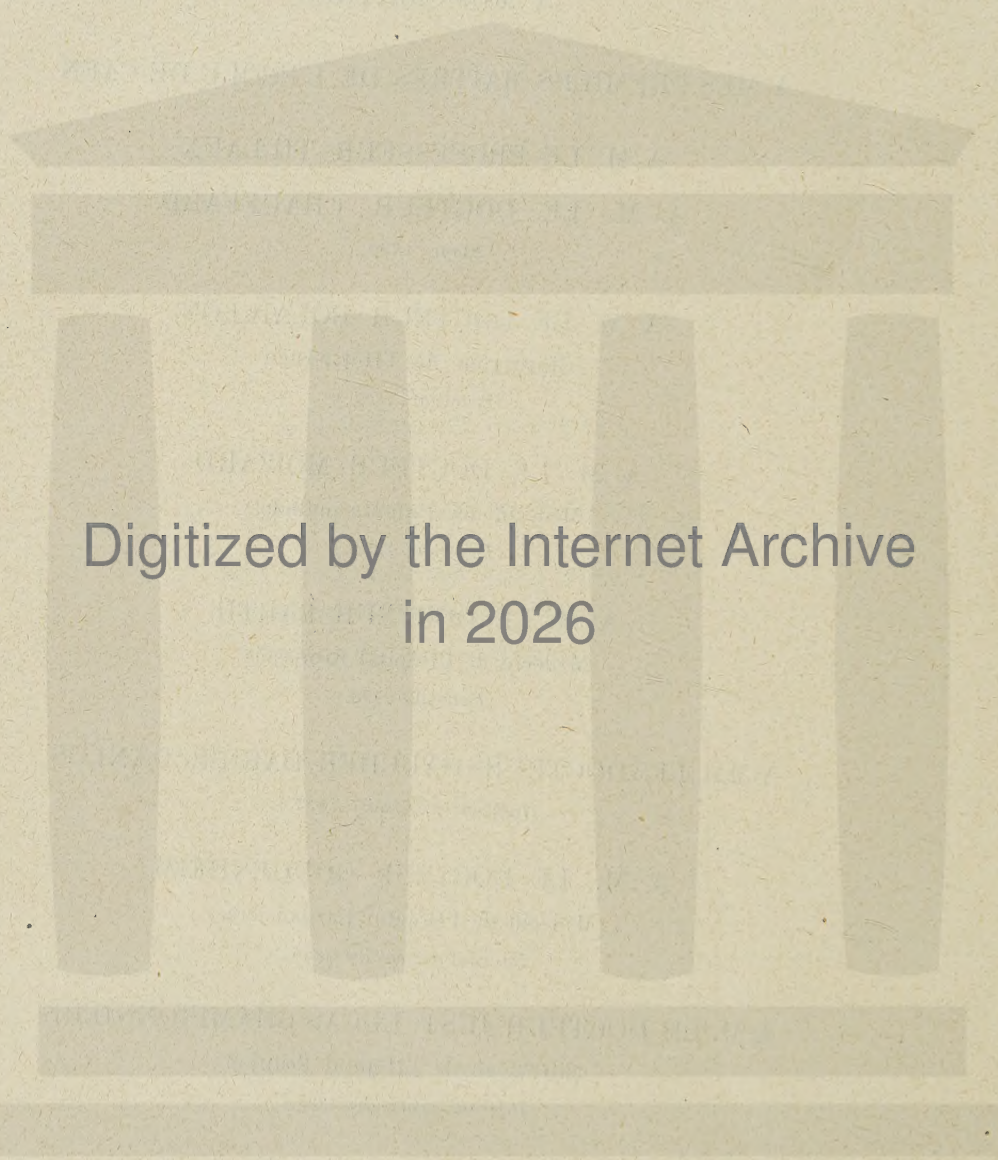
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

(Internat provisoire 1895.)

A M. LE DOCTEUR JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

(Internat provisoire 1896.)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556007_0054

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses formes cliniques sous lesquelles le tétanos peut se présenter à nous, il n'en est certainement pas de plus singulière dans ses allures, de plus obscure dans la pathogénie de quelques-uns de ses symptômes, que celle à laquelle reste attaché le nom de *Rose* et qu'on a encore appelé *tétanos céphalique*, *hydrophobique*, *dysphagique*, *trismus hemiplégique* ou *paralytique*, *tétanos bulbaire*, etc.

Sans chercher à discuter la valeur des termes dont on se sert pour désigner les variétés de ce type clinique, nous acceptons, si impropres qu'ils puissent être, les noms classiques, préférables aux expressions récentes, par lesquelles on a voulu les remplacer. Nous nous proposons, après avoir fait tous nos efforts pour présenter une description claire et précise du tétanos céphalique, d'étudier plus spécialement l'un des symptômes qui le caractérisent : la paralysie faciale.

Nous choisissons ce sujet, parce que, dans le service de notre maître, M. Gougenheim, nous avons eu l'occasion d'en observer un cas dont l'histoire est relatée dans l'*Union Médicale* (28 septembre 1893).

L'historique de l'affection dont nous allons nous occuper a été fait, d'une manière très complète et précise

par Villar (*Gazette des Hôpitaux*, 22 décembre 1888). Nous laisserons donc de côté ce chapitre et nous nous attacherons le plus complètement possible, d'après les documents publiés jusqu'à ce jour, à l'étude clinique du tétanos céphalique et particulièrement de la paralysie faciale, qui est son caractère distinctif le plus important.

LE TÉTANOS CÉPHALIQUE DE ROSE

Les trois caractéristiques principales du tétanos céphalique sont :

- 1° D'être consécutif à une blessure de la tête et de débiter par les muscles de la face ;
- 2° De s'accompagner de dysphagie par contracture des muscles de la déglutition ;
- 3° De déterminer presque constamment de la paralysie faciale.

Aucun de ces symptômes n'est absolument constant, ce qui explique les diverses appellations données aux diverses variétés du tétanos céphalique, par exemple : *céphalo-paralytique*, à cause de la paralysie faciale, *dysphagique* ou *hydrophobique*, quand il y a simplement difficulté ou impossibilité de la déglutition.

D'après Villar, le mot de tétanos céphalique est un terme générique et une étude rationnelle, à la fois claire et complète, devrait comprendre les variétés suivantes :

- 1° Le tétanos céphalique simple (trismus simple ou double) ;
- 2° Le tétanos céphalique avec dysphagie ;

3° Le tétanos céphalique avec hydrophobie ;

4° Le tétanos céphalique avec paralysie faciale (céphalo-paralytique de quelques auteurs).

Or la question qui, ainsi comprise, pourrait paraître nettement délimitée, est en réalité plus complexe, car le tétanos céphalique simple, le tétanos céphalique avec dysphagie ou hydrophobie peuvent survenir, non seulement à la suite de plaies de la tête, mais encore après des lésions portant sur le tronc ou les membres. La paralysie faciale seule ne s'observe qu'après des plaies de tête.

Quoiqu'il en soit, il n'en est pas moins vrai que le tétanos céphalique, surtout quand il s'accompagne de paralysie faciale, constitue une modalité clinique suffisamment distincte pour mériter une description spéciale. C'est uniquement cette forme céphalo-paralytique que nous étudierons.

ÉTIOLOGIE

La cause de cette forme de tétanos, comme de toutes les autres, réside exclusivement dans l'introduction, dans l'économie des toxines secrétées par le bacille de Nicolaïer venu infecter une plaie de tête.

Le tétanos céphalique, sans être absolument exceptionnel, est cependant loin d'être fréquent. Par rapport aux autres formes du tétanos, il est rare.

De même aussi, les plaies de la tête sont parmi celles que le tétanos complique le moins fréquemment. Depuis que Rose a attiré l'attention sur cette affection, malgré

l'obscurité qu'elle présente encore aujourd'hui, et par suite l'intérêt avec lequel les faits de ce genre sont observés, nous n'avons pu recueillir que 40 observations en France et à l'étranger.

Dans ce nombre ne sont pas compris les cas dans lesquels la paralysie faciale a fait défaut (1 cas de Gosselin, 1 de Chevallier, 1 de Ghisolm, 1 de Cabanes, etc.)

Nous éliminons également le cas de Zsigmondy comme insuffisamment probant. Chez une femme qui avait une ostéopériostite alvéolo-dentaire des dernières molaires, cet auteur a observé du trismus sans crises, de l'asymétrie faciale paralytique ? et un léger ptosis, la malade mourut de pneumonie.

L'influence de l'âge et du sexe est bien minime. Comme dans les autres formes de tétanos, l'homme adulte est le plus souvent atteint, ce qui est dû uniquement à ses occupations habituelles, mais le sexe féminin n'est nullement exempt (huit cas), pas plus que les enfants (quatre cas), ni les vieillards (trois cas, chez des hommes de plus de 60 ans).

Passant sur les *influences saisonnières* qui ne sont guère plus évidentes dans nos observations (cinq cas au printemps, sept en été, cinq en automne, six en hiver), dont le nombre est d'ailleurs trop restreint pour servir à établir une statistique sérieuse de cette sorte, nous abordons la cause vraiment importante, qui est le siège de la blessure.

Dans le tétanos céphalique avec paralysie faciale, la porte d'entrée du bacille de Nicolaïer est toujours une plaie de tête. Chevallier, dans sa thèse, a montré que ces plaies siègent le plus souvent dans une zone qui aurait l'œil

pour centre. La région sourcilière est le plus souvent en cause, parce que, étant donné sa saillie, elle est plus exposée. La paupière, l'œil, la pommette, la racine du nez, la tempe viennent ensuite, mais la plaie peut siéger sur d'autres points de la tête, la lèvre inférieure, par exemple, ou même la muqueuse buccale ou pharyngienne. Villar fait observer que, toujours, elle siège sur le territoire innervé par les branches du trijumeau.

SYMPTOMES

Laissant de côté la paralysie faciale, que nous réservons pour une étude toute spéciale, qui sera le véritable sujet de notre thèse et que, dans ce chapitre, nous ne ferons que signaler, nous allons insister sur les autres particularités cliniques du tétanos céphalique.

Le symptôme par lequel il débute le plus souvent est, comme dans les autres formes, le trismus, contraction des muscles masticateurs qui maintient rapprochées les arcades dentaires ; plus rarement, la paralysie faciale est apparue d'emblée.

Le *trismus* est le plus habituellement unilatéral au début et siège du côté blessé. Il se reconnaît, d'une part, parce que le malade n'éprouve de résistance que d'un côté, lorsqu'il veut abaisser son maxillaire inférieur ; d'autre part, parce qu'au palper on sent d'un côté le muscle masséter dur et tendu. D'ailleurs, que le trismus ait été unilatéral ou double, les contractures restent souvent longtemps localisées aux seuls muscles de la f

et lorsque la généralisation se fait, ce n'est que tardivement. Ce trismus est une convulsion tonique, qui peut s'exagérer sous l'influence des moindres causes en donnant lieu à de véritables crises douloureuses.

CONTRACTURE DES AUTRES MUSCLES

Leur caractère spécial est donc, dans cette affection, leur localisation toute particulière à la face et l'influence qu'elles ont sur la physionomie. Lorsque cette contracture est unilatérale, la figure offre une double physionomie bien caractéristique et si différente que l'on dirait que les deux moitiés appartiennent à des êtres différents. Cette différence est bien nette dans le cas de Dumolard : « Le malade observe que sa bouche ne s'ouvre plus du côté droit, qu'il se mord les lèvres en mangeant... L'aspect du visage est des plus curieux; vu du côté droit, il paraît féroce, et, du côté gauche, il conserve son air bon enfant. » La dissemblance est encore plus marquée quand, comme dans l'observation de Laugenbeck, il y a paralysie faciale d'un côté et contracture du côté opposé.

Ces contractures, avons-nous dit, peuvent s'étendre plus tard aux muscles du cou, du tronc, des membres et se généraliser ainsi, mais elles peuvent aussi rester localisées aux muscles de la face et aux masticateurs.

Cette localisation des spasmes au voisinage de la blessure, n'est pas spéciale au tétanos de Rose. Larrey avait déjà vu des contractures, à la suite de plaie des doigts, par exemple, débiter par les parties atteintes pour gagner ensuite les muscles de l'avant-bras, du bras, etc. Dupuy :

tren, Poland, Rosenbach avaient noté des faits analogues. Nocard, toutes les fois qu'il a fait des inoculations au flanc, a vu constamment les spasmes se montrer tout d'abord du côté correspondant. Ce fait s'explique jusqu'à un certain point si on admet avec Otokratow, Conrad Brunner, Courmont et Doyon que le poison tétanique n'agit sur le système nerveux moteur que par l'intermédiaire du système sensitif, excité dans ses portions périphériques.

Dans leurs expériences, Courmont et Doyon, après des injections de toxines tétaniques dans les muscles de la cuisse d'un chien, ont vu les phénomènes tétaniques rester localisés dans cette cuisse pendant un certain temps et disparaître après la section des racines postérieures des nerfs correspondants.

Quoiqu'il en soit de ces explications pathogéniques, en clinique, on doit admettre dans le tétanos de Rose deux variétés, l'une absolument localisée à la tête, l'autre se terminant par une généralisation des spasmes tétaniques. Une localisation tout à fait spéciale est le spasme des muscles constricteurs de la glotte, signalée par Terrillon et qui s'accompagne d'asphyxie imminente.

DYSPHAGIE ET HYDROPHOBIE

Si nous recherchons dans les observations que nous avons pu recueillir, le tableau clinique de l'hydrophobie, telle qu'elle existe chez les rabiques, ce n'est pas sans un certain étonnement que nous ne le trouvons décrit que dans un seul cas, celui de M. Reclus (Obser-

vation XXXVII): « Lorsque le malade voyait un verre
« ou lorsqu'on lui parlait de boire, il présentait une
« véritable attaque d'hydrophobie.»

Chez les rabiques, l'hydrophobie est extrêmement
nette: « Le moindre mouvement de déglutition provoque
« des spasmes réflexes si douloureux que les malades
« préfèrent les tourments de la soif aux terribles
« sensations d'étranglement et de suffocation que
« donnent ces spasmes laryngo-pharyngés. Parfois ces
« spasmes se produisent au simple aspect de l'eau, à la
« vue d'un liquide ou d'un objet brillant.»

Ainsi comprise l'hydrophobie est extrêmement rare
dans le tétanos céphalique. La dysphagie elle-même est
loin d'être constante; elle fait défaut dans la moitié des
cas environ.

La pathogénie de cette dysphagie a été l'objet de mul-
tiples discussions. Gueterbrock rapprochant ces troubles
de la paralysie faciale, compare ces cas à ceux de Weir-
Mitchel dans lesquels des modifications du goût et de
l'ouïe, de la difficulté de la parole et du nasonnement ont
été déterminés par une lésion profonde du facial. Leyden
compare la paralysie faciale et la dysphagie aux phéno-
mènes observés dans les affections du bulbe. Cette opi-
nion a été réfutée par Bernhardt: dans la paralysie bul-
baire les troubles de la déglutition sont causés par la
paralysie des muscles pharyngiens, tandis que dans le
tétanos ils sont dûs à la contracture des mêmes muscles,
contracture qui rend impossible l'introduction de la sonde
œsophagienne et qui est même surexcitée par les tenta-
tives de cathétérisme.

« L'opinion la plus généralement admise, et, il faut

le reconnaître, la plus simple, la seule plausible, attribue ces symptômes à des spasmes tétaniques des muscles pharyngés, ces spasmes et ces contractures étant déterminés par la même cause qui les fait naître dans les autres groupes musculaires. »

Outre ces symptômes appartenant en propre au tétanos céphalique, la maladie de Rose s'accompagne naturellement des mêmes phénomènes que le tétanos ordinaire; nous n'insisterons pas sur ces symptômes, troubles digestifs, respiratoires, cérébraux, élévation de la température, accélération du pouls qui n'ont rien de bien intéressant, rien de particulier dans la forme que nous décrivons.

MARCHE. — DURÉE

Nous avons dit que les phénomènes spasmodiques du tétanos peuvent rester localisés à la tête, ou bien se généraliser; dans ce dernier cas, on a le tableau du tétanos ordinaire avec, en plus, les symptômes du tétanos de Rose.

La marche du tétanos céphalique avec paralysie faciale peut être aiguë et très rapide ou chronique et extrêmement lente ou enfin de durée moyenne.

La durée a été de 3 jours seulement dans quelques cas, dans d'autres elle a atteint 40 à 60 jours, souvent elle a été de 5 à 10 ou de 10 à 20 jours.

La mort peut être subite dans ces cas à très longue durée.

Naturellement, plus la durée est longue, moins le pro-

nostic est grave d'une manière générale. Pour le tétanos classique, nous trouvons la même division en forme aiguë, fatalement mortelle et forme chronique souvent curable.

En bloc, le nombre des morts sur les 43 observations olligées à la fin de ce mémoire, a été de 23.

Hadlich admet que le jeune âge serait une condition fort avantageuse pour le pronostic. Au-dessous de 23 ans, la guérison est assez fréquente, au-dessus de 28 ans, la mort est la règle.

Le pronostic du tétanos de Rose est naturellement grave, puisque la mortalité est de 60 pour $\%$; mais il est relativement bénin, si on le compare à celui du tétanos général qui, d'après la statistique de Mathieu, a donné 88 $\%$ de mortalité.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cette affection naguère difficile et embarrassant, alors qu'on connaissait peu la coexistence du tétanos et de la paralysie faciale, est devenu facile grâce aux travaux publiés sur cette question, le diagnostic peut se résumer ainsi :

Toutes les fois qu'à la suite d'une plaie de la face, il survient dans cette région, des phénomènes de contraction ou une asymétrie quelconque, le chirurgien doit examiner le malade avec soin et être prévenu de l'existence possible du tétanos céphalique avec paralysie faciale, pourtant seule l'apparition du trismus permettra un diagnostic certain.

Le *traitement* est le traitement ordinaire du tétanos. Nous ne dirons rien du sérum antitétanique dont les résultats ne sont pas encore suffisamment probants.

LA PARALYSIE FACIALE

DANS LE

TÉTANOS CÉPHALIQUE

I

Preuves de son existence

Dans la revue générale de Villar (*Gazette des Hôpitaux* 1888), nous lisons les phrases suivantes qui semblent indiquer que cet auteur n'est pas absolument convaincu que la paralysie faciale existe dans le tétanos :

« Dans la plupart de ces observations, cette paralysie est indiquée comme certaine, sans que les auteurs prennent même le soin de discuter son existence, tant ce diagnostic leur a paru facile et évident. En présence de cette pénurie de détails qui ne permet pas d'affirmer d'une façon irrécusable l'existence de la paralysie faciale, il est permis de se demander si, dans quelques cas, il ne ne s'est pas agi d'une fausse paralysie faciale, nous voulons dire « d'une paralysie faciale apparente, par contraction unilatérale des muscles faciaux simulant la paralysie. A côté de ces cas où la paralysie faciale est donc née comme certaine, il en est d'autres qui sont empreints « d'une certaine hésitation, facile à comprendre lorsqu'on « a vu un cas de ce genre.

« Quoiqu'il en soit, nous devons prendre les observations telles quelles sont, du moment qu'elles signalent l'existence de la paralysie faciale... »

Les doutes de M. Villar nous semblent exagérés, car dans les observations publiées avant lui dans la sienne et dans celles qui l'ont été depuis, la paralysie faciale est très nettement décrite ; son existence est démontrée d'une manière évidente. Citons comme exemple de descriptions très nettes celles que nous trouvons dans les observations de Nankivel, Bernhardt, Remy et Villar, Klemm, Carretti, etc. etc.

II.

Etiologie. — Nature. — Anatomie pathologique.

En lisant les observations que nous avons rassemblées à la fin de ce travail, on est porté à conclure que la paralysie faciale est bien sous la dépendance de l'empoisonnement tétanique.

Telle n'a pas été l'opinion de tous les auteurs.

Quelques-uns ont pensé que cette paralysie avait pour cause le *froid* et non pas le tétanos et qu'il y avait entre l'un et l'autre, une simple coïncidence. Cette opinion peut paraître supérieure au premier abord, car ses défenseurs peuvent invoquer les arguments suivants :

1° La paralysie faciale, qui survient au cours du tétanos de Rose, n'a pour elle, aucun caractère distinctif qui permette de la différencier de la paralysie faciale *a frigore*, et plusieurs malades ont été exposés à des refroidissements.

2° Si elle était produite par le poison tétanique, elle devrait toujours siéger du même côté que la blessure, or, cette concordance de siège n'est pas constante ;

3° Pourquoi, dans le tétanos ordinaire, n'observe-t-on pas de paralysie ?

A ces objections, on peut répondre que la paralysie tétanique a tous les caractères de la paralysie périphérique, uniquement parce que les toxines tétaniques

n'agissent pas sur les centres moteurs. L'exposition au froid n'est pas constante, et si on accepte l'opinion de Charcot, la paralysie faciale *a frigore* n'existerait pas, ou du moins le froid ne jouerait que le rôle de cause occasionnelle, chez des individus prédisposés.

La paralysie ne siège pas toujours du côté que la blessure; mais on sait que l'action des toxines secrétées par le bacille de Nicolaïer, n'agissant localement que pendant un temps restreint leur action s'étend bientôt et alors la sphère de l'un et l'autre nerf est à un même degré sous l'influence du poison.

Enfin, dans le tétanos ordinaire, on a observé des paralysies, témoin le cas de Larrey, cité dans les *Mémoires et Campagnes* du grand chirurgien militaire. Dans ce cas, le tétanos vulgaire se compliqua d'une parésie de toute une moitié du corps. De même, dans le tétanos céphalique, on a observé des paralysies des 3^e et 4^e paires Williamson, Caretti), une hémiparésie (Holsti).

Ajoutons qu'on a vu souvent la contracture apparaître dans les muscles paralysés et réciproquement des muscles primitivement contracturés devenir paralysés.

Quelques auteurs admettent même que la contracture précède toujours la paralysie et que si, dans la plupart des observations, la contracture n'a pas été notée, c'est que ces observations ont été mal prises (Brunner).

Villar s'est demandé, d'autre part, si ces paralysies faciales ne pourraient pas, dans certains cas, être le résultat de lésions de la base du crâne, si elles ne doivent pas être rattachées à ces paralysies tardives si bien décrites par Demoulin. Mais Villar lui-même, et les auteurs qui après lui, se sont occupés de la question nient cette étiolo-

logie, car, dans la plupart des cas, le traumatisme n'a porté que sur les parties molles, parfois même il n'a produit qu'une simple excoriation.

La conclusion de ce chapitre est donc que la paralysie faciale est produite par le tétanos seul, le froid et le traumatisme ne sont nullement en cause.

Aux autopsies, on a trouvé des lésions variées surtout de la congestion de l'encéphale ou du bulbe. Wernicke a trouvé une fois une tumeur du plancher du 4^e ventricule. Le nerf facial a toujours été trouvé indemne. Dans plusieurs cas, les autopsies n'ont donné que des résultats absolument négatifs. L'*anatomie pathologique* n'apporte donc aucun appoint à l'étude de cette question.

III

Pathogénie.

Les théories échafaudées pour expliquer d'une manière plus ou moins vraisemblable les paralysies dans le tétanos sont aussi nombreuses que problématiques.

La théorie de *Rose* n'est autre que celle proposée par Bérard pour expliquer la paralysie faciale *a frigore*. Les branches du facial, situées au voisinage de la blessure, sont atteintes par l'inflammation, laquelle se propage jusqu'au tronc du nerf dans le canal de Fallope. Là, le nerf enflammé, tuméfié, se trouve comprimé par les parois osseuses, c'est cet étranglement qui cause le désordre fonctionnel.

Mais *Rose* lui-même reconnaît le peu de valeur de son hypothèse qui ne s'est vue confirmée par aucune autopsie.

Triglia met en cause une hémorrhagie bulbaire dans le noyau du facial. Son opinion est fondée sur ce fait que presque toutes les autopsies relatent une vive congestion des centres nerveux et particulièrement du bulbe. Mais le foyer hémorrhagique incriminé par *Triglia* n'a jamais été rencontré et dans plusieurs autopsies son absence est nettement montrée.

Leyden admet aussi l'origine bulbaire de la paralysie faciale ; mais cette auteur est plus réservé quant à la

nature de la lésion qui la produit : il ne cherche pas à la préciser. Son opinion sur le siège de cette cause inconnue s'appuie sur ce fait que fréquemment, à côté de la paralysie figurent des troubles de la déglutition et que ces deux phénomènes associés sont souvent symptomatiques d'une affection du bulbe.

Adoptant cette opinion, Janin (Th. Paris 1892) admet que le poison tétanique peut agir sur la moelle et sur le bulbe, d'où division en tétanos bulbaire et tétanos médullaire. Le tétanos bulbaire résulterait simplement de la prédominance des symptômes bulbaires sur les symptômes médullaires. Ce tétanos bulbaire aurait pour symptômes principaux le trismus, les troubles dysphagiques et quelquefois hydrophobiques, les troubles respiratoires et la paralysie faciale. D'après cet auteur le tétanos céphalique serait englobé dans le tétanos bulbaire dont le sens est plus large. La paralysie du facial serait donc due à une action du poison tétanique sur son noyau bulbaire et le poison agirait en même temps sur les noyaux voisins. C'est en somme la théorie d'Oliva que nous allons exposer bientôt.

Giuffrè fait dépendre la paralysie de la blessure qui a causé le tétanos. Il se produirait dans le nerf facial une altération probablement inflammatoire ; mais dont nous ignorons l'essence et la nature et qui resterait localisée dans le tronc.

Oliva le premier a attribué la paralysie faciale à une origine infectieuse. Elle serait la conséquence d'une action du poison tétanigène sur les centres nerveux. Ce même poison, en agissant localement sur les muscles, déterminerait leur contracture.

Mais Courmont et Doyon ont démontré que ce poison tétanique n'agit sur le muscle que par l'intermédiaire des *nerfs sensitifs*. Il ne modifie par l'excitabilité des nerfs eux-mêmes, il n'augmente pas l'excitabilité des nerfs moteurs ainsi que le démontrent leurs expériences. Quant à l'action de ce poison sur les centres, et surtout sur tel ou tel centre elle est encore hypothétique. « C'est ainsi, disent Courmont et Doyon, qu'il nous paraît maintenant difficile de juger si le poison tétanique agit sur les nerfs sensitifs seuls ou également sur la moelle. »

Dans un mémoire plus récent (1895) ces auteurs déclarent que la moelle elle-même n'est pas en cause dans les phénomènes tétaniques.

La théorie infectueuse a été soutenue par Perret, Lannois l'admet également : « L'hypothèse la moins invraisemblable se rattache à l'opinion que le tétanos est une maladie infectueuse et que ce sont les produits solubles du microbe qui vont agir sur les centres nerveux. D'ailleurs la tétanotoxine de Briéger produit de la parésie et de la paralysie après avoir donné lieu à des contractures fibrillaires et à des spasmes. »

On sait en effet, que Briéger a réussi à isoler, dans les cultures filtrées de bacille de Nicolaïer, six espèces de ptomaïnes tétanigènes qui sont : tétanine, tétanotoxine, cadavérine, putrescine, spasmine, spasmodine qui, sans exception, donnent naissance à des convulsions mais à des degrés variés. L'une d'elles, la tétanotoxine faiblement convulsivante, traduit surtout son effet par une paralysie musculaire généralisée.

Albert pense que ce poison, cette ptomaïne, localise son action sur les seuls rameaux nerveux moteurs voi-

sins de la blessure où pullule le bacille de Nicolaïer. C'est donc le tronc et les branches du facial qui seraient affectés. Quant à la nature de la lésion, elle n'en reste pas moins absolument inconnue.

L'objection que se pose Albert lui-même : « Comment s'explique-t-on que dans les lésions périphériques le facial soit seul atteint et le trijumeau reste indemne ? » n'a donc aucune raison d'être si on admet avec Courmont et Doyon, Autokratow, Conrad Brunner que le poison tétanique n'agit sur la fibre motrice que par l'intermédiaire des organes périphériques, fibres ou cellules. Or, le nerf sensitif correspondant au nerf facial n'est autre que le trijumeau.

La conclusion à tirer de cette étude est que les phénomènes tétaniques sont produits par les toxines du bacille de Nicolaïer. Ces toxines sont une action locale d'abord qui, peu à peu, se diffuse et peut se généraliser. Ordinairement elle se manifeste par des contractures exceptionnellement dans le tétanos ordinaire, presque toujours dans le tétanos céphalique, elle produit une paralysie du nerf facial.

Comment se fait-il que ces toxines qui produisent le plus souvent des contractures donnent dans le territoire de ce nerf des paralysies ?

La question est bien ardue et, à l'heure actuelle, personne n'en peut la résoudre. Il n'en est pas moins vrai que des hypothèses ont été émises. Chevalier se demande s'il n'en est pas du poison tétanique comme du poison rabique ? On sait, en effet, que celui-ci, s'il agit à trop forte dose sur les centres nerveux, produira des phénomènes paralytiques ; s'il agit à faible dose, on aura des phéno

mènes convulsivants. De même, les animaux résistants présenteront des phénomènes convulsifs, les animaux plus faibles présenteront des phénomènes paralytiques.

Chevalier se demande donc si ce n'est pas une question de dose du poison tétanique qui produirait, suivant les cas, la contracture ou la paralysie.

Bien que cet auteur ne précise pas si ce sont les doses fortes ou les doses faibles qui ont une action paralysante, on doit deviner que cette dernière action serait le résultat d'une grande quantité de toxine.

A cette opinion, nous ferons une objection bien simple. Les tétanos accompagnés de paralysie faciale sont des tétanos bénins relativement, dans lesquels on ne saurait, par suite, admettre l'absorption par l'économie d'une grande quantité de poison. Si ces suppositions n'étaient pas si nombreuses, nous pourrions encore en ajouter une autre en nous demandant si le nerf facial n'aurait pas une sensibilité spéciale pour l'une des ptomaines du bacille de Nicolaïer, pour la tétanotixine surtout paralysante?

IV

Symptômes et Evolution

La paralysie faciale dans le tétanos céphalique a étonné tous les cliniciens qui l'ont observée : « Elle est surprenante et bizarre, dit Villar, car il n'est pas dans les habitudes du tétanos de produire la paralysie. M. Rochard, dans sa *Revue Générale*, la qualifie de paradoxale.

Il ne faudrait pourtant pas croire que le nerf facial est le seul qui puisse être paralysé dans les infections produites par le bacille de Nicolaïer. Nous avons déjà signalé un cas de Larrey, dans lequel une moitié du corps fut paralysée entièrement ; celui de Holsti où il y eut également hémiparésie ; ceux de Williamson et Caretti où il y eut paralysie des 3^e et 4^e paires. Nous avons dit aussi que parmi les ptomaines isolées par Briéger, la ténanotoxine avait des propriétés d'abord légèrement convulsivantes, puis énergiquement paralysantes.

La paralysie faciale n'est donc pas aussi bizarre ni paradoxale, qu'on a bien voulu le dire.

D'après Brunner, la paralysie serait toujours précédée d'une période de contracture ; mais des observations soigneusement prises n'en font pas mention. Ce point reste donc à élucider. Chez notre malade, nous n'avons jamais vu que de la paralysie. Nous l'avons interrogé lui et sa femme pour savoir si, avant son entrée à l'hôpital,

il avait présenté de la contracture avant sa paralysie, mais il a toujours nié.

Date du début. — La date du début de la paralysie après le traumatisme n'a pu toujours être précisée. Les malades en ont souvent méconnu les premières atteintes ; mais ce qu'on peut avancer, c'est qu'elle n'est soumise à aucune règle (Albert).

Chez les malades de Holsti, Brunner, Kirchner, Wagner, Nankivel, Charvot, etc., elle apparaît dans le courant de la première semaine qui suit le traumatisme. Chez ceux de Mayer, Dumolard, Bernhardt, Von Wahl, Terrillon, etc., dans le courant de la seconde.

C'est seulement pendant la durée du troisième septénaire qu'elle apparaît chez ceux d'Oliva, Pollock, Bond, Hadlich, Crossouard, Mazuriang.

Chez notre malade, la paralysie faciale apparaît le 22^e jour après le traumatisme.

Nous devons, en outre, nous demander à ce propos, s'il existe une relation fixe entre l'époque de son début et celle de l'apparition du trismus. Or, sous ce rapport, rien de fixe. Elle se montre en même temps que lui dans les observations de Terrillon, Giuffré, Buisson, Van Langenbeck, Rose, Thenée, etc.

D'autres fois, elle le précède (Charvot, Maisuriang, Kirchner, Hadlich, Holsti, etc.) ; parfois elle suit (Pollôck, Bond, Gueterbrock, Oliva, Janin, Caretti, etc.) Elle peut être très précoce, se montrer plusieurs jours avant le trismus, ou bien très tardive et n'apparaître, pour ainsi dire, qu'au moment de la convalescence. Dans l'observation de Crossouard, par exemple, une légère paralysie

du muscle triangulaire apparut, en même temps que les phénomènes tétaniques s'amointrissaient.

Symptômes. — Nous n'insisterons pas sur la description des symptômes par lesquels la paralysie faciale se manifeste aux yeux des cliniciens dans le tétanos céphalique, si cette description n'avait pas son importance. Quelques auteurs, Villar entr'autres, ont douté de son existence et déclarent qu'elle est souvent difficile à reconnaître, à distinguer d'une contracture. Malheureusement, dans bon nombre des faits que nous avons colligés, nous ne trouvons pas de description des symptômes paralytiques, les auteurs se sont contentés d'affirmer son existence.

Dans d'autres pourtant, nous voyons, plus ou moins complètement décrites, les modifications imprimées au visage par la paralysie de la septième paire :

Aspect lisse du front et impossibilité de plisser le front du côté affecté.

Immobilité du sourcil et impossibilité de le froncer.

Impossibilité de fermer l'œil qui reste largement ouvert par suite de l'impotence de l'orbiculaire.

Epiphora par suite de la paralysie du muscle de Horner.

Déviation du lobule du nez vers le côté sain. Affaïssement de la narine.

Etat flasque de la joue qui, chez un malade, était soulevée pendant l'expiration ; à ce sujet, l'auteur dit en propres termes : le malade fume la pipe.

Commissure buccale abaissée, rapprochée de la ligne médiane. Effacement des sillons naso-labial et naso-jugal.

Absence d'expression du visage du côté paralysé. Exa-

gération de la difformité par l'action de parler, rire, siffler, souffler, etc.

Le plus souvent, la paralysie faciale se comporte comme une paralysie faciale périphérique, c'est-à-dire qu'elle est totale. envahit à la fois le territoire du facial supérieur et celui du facial inférieur. Dans ces cas l'ouïe et le goût sont intacts, le voile du palais fonctionne normalement, la luette n'est pas déviée.

Cet examen de la cavité buccale, est on le conçoit, souvent impossible à cause de la contracture des masséters, qui maintient rapprochées les arcades dentaires, Kirchoff et Wahl ont pourtant pu pratiquer cet examen et n'en ont rien trouvé de particulier.

Dans certains cas se montrent, au contraire, des symptômes qui appartiennent en propre, à la paralysie d'origine intra-temporale : altérations du goût et troubles de l'audition (Villar). Ces faits sont peu nombreux, quoique Villar, dans cinq cas, ait noté de la déviation de la luette.

Dans deux observations, le facial supérieur est resté indemne, le cas de Middeldorpf en est un exemple frappant, le muscle frontal et l'orbiculaire avaient conservé leur contractilité, de sorte que la paralysie présentait les caractères d'une paralysie faciale d'origine centrale.

L'observation de Crossouard a trait à une paralysie encore plus localisée, puisque le muscle triangulaire seul fut paralysé et seulement au moment de la convalescence.

La sensibilité des régions paralysées n'a pas souvent été recherchée. Elle était normale dans les cas de Rose, Thénée, Gueterbock, Giaffré, Rémy et Villar. De l'anesthésie a été observée par Wahl, Lehrnbecher, Bernhardt

et Oliva. Dans le cas de Triglia, il y avait une légère hypéresthésie.

La réaction électrique des muscles a été l'objet de recherches multiples. Les résultats constatés ont été variables.

Bernhardt, par exemple, signale chez son malade l'existence de la réaction de dégénérescence dans les nerfs qui se distribuent au muscle frontal. Mais, ainsi que le fait observer avec raison Villar, il y a lieu de se demander si ce phénomène n'est pas applicable à la blessure opératoire de la branche frontale, pendant qu'il extirpait le kyste dermoïde, dont l'ablation a été suivie de tétanos.

Oliva, au début, obtint une légère augmentation de l'excitabilité électrique et plus tard une légère diminution.

Giuffré a pratiqué chez son malade des examens répétés ; mais même pendant la deuxième et la troisième semaine, les réactions sont restées normales.

D'une manière générale, les altérations du nerf facial laissent aux muscles leurs réactions électriques normales.

L'observation de Guimaraës seule fait exception à cette règle : « La paralysie faciale persiste, on essaye de la « combattre par la noix vomique et les courants induits ; « mais les muscles ne réagissent pas. Onze jours après, « amélioration, les muscles se contractent sous l'in- « fluence de l'électricité et l'orbiculaire se ferme. » (Observation XXXIX).

Nous ne pouvons qu'approuver pleinement Villar, lorsqu'il dit : « Il est un point qui a été négligé par tous les auteurs et que nous signalons ici, car il peut être d'une grande utilité dans la détermination de la

nature de la paralysie faciale ; c'est la recherche de l'action de la pilocarpine sur les parties atteintes de paralysie. On sait, en effet, que les injections de pilocarpine déterminent des effets différents suivant qu'on a affaire à une paralysie périphérique ou à une paralysie d'origine centrale. Dans le premier cas, l'injection pratiquée du côté sain et du côté paralysé amène un retard de une à trois minutes, dans l'apparition de la sueur du côté paralysé ; s'agit-il, au contraire, d'une paralysie centrale, la réaction est égale des deux côtés.

Siège. — Dans presque tous les cas, la paralysie siège du même côté que la blessure. Dans quelques observations, les plaies siégeaient sur la racine ou le dos du nez, à la lèvre inférieure, à la gorge et nous ne trouvons pas d'indication exacte du côté atteint.

Pollock, Terrillon nous déclarent très nettement que la paralysie avait pour siège le côté opposé à la blessure. Brunner déclare que dans ces cas, il n'y avait pas de paralysie ; mais, au contraire, une contracture des muscles du côté opposé.

L'observation de Pollock ne nous fournit pas de détails suffisants pour combattre l'opinion de cet auteur.

Dans celle de Terrillon nous lisons : « Après avoir bien analysé chacun des symptômes, je pensai qu'il s'agissait là d'une paralysie faciale droite, mais avec une contracture légère des muscles faciaux à gauche. » La blessure siégeait du côté gauche.

En somme, cette opinion que la paralysie peut siéger du côté opposé à celui où se trouve la plaie ne repose aujourd'hui que sur l'affirmation, très autorisé d'ailleurs,

de Terrillon ; malheureusement, cet auteur lui-même n'a pas posé un diagnostic ferme, et de nouvelles observations seront nécessaires pour trancher la difficulté.

Une fois seulement la paralysie a été bilatérale d'emblée ; le fait extrêmement intéressant a été observé et soigneusement rapporté par Caretti. En somme, au point de vue de son siège, nous pouvons conclure qu'il n'est pas démontré d'une manière certaine que la paralysie faciale dans le tétanos céphalique se montre d'emblée du côté opposé à celui où la blessure existe ; mais la paralysie peut être bilatérale d'emblée ou envahir successivement les deux côtés de la face.

Les observations de Caretti, Thénée, Janin en font foi.

CONTRACTURES CONCOMITANTES

Ces contractures peuvent exister soit du même côté que la paralysie, soit du côté opposé d'après les auteurs.

La contracture des muscles de la face du côté paralysé a été signalée par plusieurs observateurs, Gueterbrock par exemple : Il y a de la contracture des muscles de la face du côté paralysé. Bernhardt s'étend longuement sur le même point de séméiologie : « Dans deux cas, dit-il, outre la paralysie du facial, on voyait une immobilité et une contracture des muscles de la face du même côté. »

Villar déclare que ces deux phénomènes physiologiques, contracture et paralysie étant deux phénomènes d'ordre différent, s'excluent réciproquement.

Nous ne pouvons émettre d'opinion sur ce point, et

nous admettons avec Villar, que ces auteurs se sont mal expliqués et qu'ils se sont servis d'expressions qui ne pouvaient que donner une idée fausse du phénomène observé.

Leurs explications, en effet, sont assez obscures, et Bernhardt parle tour à tour de spasmes, de contractures des muscles de la face, et, au cours de sa discussion, envisage dans le même cadre les cas de tétanos ordinaire et ceux qui s'accompagnent de paralysie faciale.

La discussion soulevée à la Société neurologique de Berlin par la communication de Hadlich, ne peut aboutir à une solution. Ni M. Westphal, ni les autres membres de cette société, ne purent trouver une explication satisfaisante.

Oliva admet que la bacille de Nicalaïer, qui se multiplie au point lésé produit un poison d'une action identique à celle de la strychnine. Ce poison agit à la fois sur place, en contracturant les muscles qu'il infiltre et sur les centres nerveux par absorption, en paralysant les mêmes muscles. Les démonstrations de Courmont et Doyon, démontrent qu'il y a dans les assertions d'Oliva, au moins une erreur : les poisons tétaniques n'ont aucune action directe sur la fibre musculaire.

Giuffré, modifiant la conception des auteurs précédents, explique comment des spasmes (avec contractures passagères), peuvent survenir dans des muscles paralysés ; mais il ne s'agit plus, dans son esprit, de ces contractures permanentes avec crises paroxystiques qui sont caractéristiques du tétanos. Voici ce qu'il dit à ce sujet :

« Les phénomènes du spasme dans les muscles paralysés s'expliquent aisément par le fait même du tétanos ; c'est

dire que la contracture des muscles faciaux ne diffère en rien de la contracture tétanique ordinaire, si ce n'est qu'elle atteint des muscles paralysés. Si l'impulsion de la volonté n'est pas assez forte pour vaincre l'obstacle représenté par la lésion des tubes nerveux, l'agent tétanique, au contraire, est assez puissant pour surexciter les noyaux d'origine du facial et déterminer des contractures. Le tétanos agit, dans ces cas comme l'électricité qui, employée dans un but thérapeutique ou, pour mieux établir un diagnostic, détermine des secousses dans les muscles paralysés.

L'observation suivante n'est pas faite pour éclaircir beaucoup ce point de séméiologie :

OBSERVATION

(BIDON, *Marseille Médical*, 1^{er} Février 1895.)

A ma consultation externe du 12 septembre, s'est présenté un journalier âgé de 43 ans, venant chercher assistance contre la difficulté qu'il éprouvait à ouvrir à la bouche.

Dès son entrée, je fus frappé de deux choses : l'existence de cicatrices récentes sur le visage et la distension de la face. Les cicatrices occupaient la partie gauche du front, un peu au-dessus du sourcil, assez près de la ligne médiane ; la plus étendue avait la forme d'un T. Au-dessous de l'orbite gauche, il existait une cicatrice linéaire plus petite. En promenade sur les collines d'Endoume, cet homme avait glissé et s'était assez sérieusement blessé pour éprouver une perte de sang. La cicatrisation des plaies s'était faite vite et bien et, au moment où je vis le malade, l'oblitération était parfaite.

Le lundi 10, légère douleur de l'articulation temporo-maxil-

laire gauche, causant un peu de gêne de la mastication. Cette douleur est remplacée peu à peu par une sensation de raideur dans les muscles masticateurs gauches et la mâchoire est de plus en plus immobilisée.

Le 12, c'est à peine si les plus grands efforts permettent de l'abaisser de 5 à 6 millimètres et encore, cette tentative n'a d'autre résultat, que de provoquer de suite un resserrement plus énergique durant quelques minutes. Les deux masséters participent aux contractions permanentes et spasmodiques. Un peu de raideur de la nuque.

Mais, ce qui attire de prime abord l'attention, c'est la distension de la face. Le côté gauche semble plus large, ses plis cutanés sont effacés. Le côté droit parait se cacher derrière l'autre. A droite, l'œil est plus petit, l'aile du nez plus ouverte, la commissure labiale plus haute, plus éloignée de la médiane et les rides sont plus profondément creusées qu'à l'ordinaire chez un homme de cet âge. L'occlusion de l'œil, n'est possible qu'à gauche. L'œil droit, reste grand ouvert. Ce dernier est rouge et larmoyant. Donc : paralysie faciale gauche périphérique.

Cependant, cette paralysie faciale se distinguait par un point de la forme périphérique banale. Dans cette dernière en effet la joue paralysée flotte comme un voile inerte, les mouvements respiratoires l'attirent ou le repoussent et l'on dit que le malade fume la pipe ; quand on la saisit entre deux doigts, on n'éprouve pas plus de résistance qu'en pinçant un pli de la peau dans un endroit dépourvu des muscles cutanés. Chez mon malade, au contraire, il en est tout autrement. Il ne fume pas la pipe, la joue gauche est ainsi immobile que la droite. Quand on fait un pli à la peau du visage, on a une certaine difficulté à la déplacer on voit que les muscles se sont indurés et qu'ils résistent à la traction. La résistance est même plus forte que chez un homme sain. La raideur est permanente et involontaire.

La contracture est greffée sur la paralysie faciale périphérique.

Gêne de l'alimentation.

Laissant de côté ce point obscur, il nous reste à signaler les contractures qui siègent du côté opposé à celui qu'occupe la paralysie.

Ces contractures ont été signalées plusieurs fois. Comme il est facile de le comprendre, elles ont pour résultat d'augmenter l'asymétrie du visage, puisqu'elle augmente l'action des muscles non paralysés. Cette exagération de l'asymétrie est notée dans l'observation de Charvot, dans celle de Rémy et Villar, etc. et décrite dans celle de Reclus : « La moitié droite de la figure est lisse, inerte, sans ride et largement étalée, tandis que la gauche est tirée en haut et en dehors, creusée de sillons profonds ou soulevée par la saillie des muscles. Ce côté dont la grimace est décrite sous le nom de rire sardonique contraste avec la flaccidité du côté droit, immobilisé par la paralysie faciale. » Dans une autre observation, l'auteur nous dit que, vu d'un côté, le visage du malade avait une expression de tristesse profonde (côté paralysé) et de l'autre, celle d'une fureur effrayante (côté contracturé.)

MARCHE ET DURÉE

Souvent la paralysie faciale n'a eu qu'une durée courte, et même dans quelques cas fatals, elle a disparu avant la mort.

Dans les cas qui se sont terminés par la guérison, elle

a disparu soit en même temps que le trismus, soit antérieurement (Oliva), soit postérieurement à lui (Giuffré). Dans l'observation de Rappin, la guérison n'était pas complète un mois après la disparition du tétanos.

Elle s'est pourtant, toujours dans les tétanos guéris, terminée par la guérison. sauf dans une observation de Guimaraës où elle persistait encore au bout de 6 mois, et dans celle de Janin où une récurrence de la paralysie laissa après elle une déviation persistante de la bouche.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic de la paralysie faciale est donc, par lui-même et en tant que paralysie, bénin, puisque sur plus de 40 cas une seule fois elle a persisté pendant 6 mois.

Aussi le traitement doit-il être nul dans la plupart des cas. C'est seulement quand le tétanos est complètement guéri qu'on pourra chercher à traiter la paralysie faciale. Les traitements employés par les auteurs qui ont observé des faits de ce genre ont été la noix vomique et l'électrisation.

DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE FACIALE

La paralysie faciale pourrait, à un examen superficiel, être confondue avec une *contracture des muscles du côté*

opposé. Pourtant, en s'en rapportant à la description du professeur Duplay, la meilleure que nous ayons (Brunner, Rochard) la différenciation est possible, facile même, dans les cas simples.

L'asymétrie du visage est complète. D'un côté la physionomie est naturelle, de l'autre, elle est grimaçante et présente un rire sardonique. La moitié du front est ridée, le sourcil est contracté, la fente palpébrale est rétrécie. Les paupières sont demi-closées et immobiles. Le malade ne peut les écarter volontairement. La fente labiale est déviée, elle est oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Les lèvres supérieures et inférieures du côté contracturé sont plus saillantes. Il existe de plus, au menton, une dépression correspondant au muscle de la houppe du menton contracturé. Cette difformité est tout-à-fait singulière. Du côté sain, les lèvres s'écartent normalement. Du côté malade, les lèvres restant accolées l'une à l'autre. Dans l'observation suivante de Dumolard où il y avait contraction d'une moitié de la face, le diagnostic s'est fait facilement :

OBSERVATION

(DUMOLARD, 1875, citée par Terrillon, 1888.)

Un fermier ivre tombe et se fait une plaie au-dessus du sourcil droit. Neuf jours après, il observe que sa bouche ne s'ouvre plus du côté droit, qu'il se mord les lèvres en mangeant ; l'orbiculaire des lèvres est contracturé de ce côté.

Le 21 janvier, les symptômes sont plus accusés, l'aspect du

visage est des plus curieux; vu du côté droit, il paraît féroce et, du côté gauche, il conserve son air bon enfant.

Tout le côté droit est immobilisé et abaissé; tous les muscles sous-cutanés sont contracturés; l'œil est largement ouvert et les larmes coulent sur la joue; la bouche est fermée à droite et les mâchoires sont presque immobilisées par la contracture du masséter droit. Si le malade cherche à ouvrir la bouche du côté gauche, les lèvres se séparent et dessinent un ovale qui ne dépasse pas la ligne médiane. La mastication est difficile; la muqueuse des lèvres et de la joue, à droite, a de la tendance à s'interposer entre les dents; de plus, la joue droite forme un plan résistant qui ne renvoie plus les aliments sur la langue. La déglutition des liquides est également pénible et la salive s'écoule entre les lèvres.

La guérison n'est complète que vers la fin du mois de mars.

Dans des faits analogues à celui de Portland où un jeune homme de 44 ans fut à la suite d'un refroidissement, atteint de maux d'oreille avec impossibilité d'ouvrir la bouche et paralysie faciale, le diagnostic de tétanos ne put être éliminé que par l'exploration des masséters qui n'étaient pas contracturés. L'impossibilité d'ouvrir la bouche était due à une arthrite temporo-maxillaire.

Les paralysies faciales dites à *frigore* n'ont aucun signe qui les différencie de la paralysie tétanique, mais elles ne sont pas accompagnées des autres symptômes du tétanos : trismus.

Celles qui sont dues à des lésions de la base du crâne sont, ou bien immédiates et alors l'erreur est impossible, ou bien tardives, mais dans ce cas elles ont été précédées des signes de la fracture du rocher.

Les paralysies faciales d'origine bulbaire ou cérébrale

ont des caractères propres qui ne laisseront pas de place au doute, car presque toujours la paralysie tétanique a les allures d'une paralysie périphérique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(POLLOCK, *Handbuch der Chirurgie*, vol. I, 1847.)

Tétanos chez un homme de 33 ans, consécutif à une légère blessure de la cornée gauche par un coup de mèche de fouet. Cicatrisation rapide et sans complication. Le soir du 10^e jour, le malade ayant été exposé à l'humidité, le trismus survient, et, le lendemain apparaissent de la panophtalmie, la rétraction de la moitié droite de la face et une paralysie faciale gauche. Mort le soir.

OBSERVATION II

(ROSE, 1863, *Handbuch der Chir.*, vol. I.)

Tétanos céphalique avec paralysie faciale consécutif à une plaie du rebord orbitaire gauche.

Frédéric Stuhr, cocher, âgé de 23 ans, fut amené le 2 février 1863, à l'hôpital Béthanie. Le 31 janvier, il avait reçu un coup de manche de fouet sur l'extrémité externe du rebord orbitaire inférieur gauche. Il en était résulté une petite plaie triangulaire, bientôt recouverte d'une couche noirâtre.

Dès le 1^{er} février, le malade commença à souffrir, et le lendemain apparurent des contractures dans les muscles mastica-

teurs et ceux du dos et du ventre. Pas de fièvre (il n'y en eut d'ailleurs jamais), pas de vomissements, pas d'albuminurie, pouls normal ; en somme c'était un cas type de tétanos aigu. Seulement, la bouche était déviée à droite, l'occlusion des paupières à gauche était incomplète ; la sensibilité était partout conservée et en outre il y avait également des phénomènes d'asphyxie très marqués. Ces crises se reproduisaient spontanément ou par l'excitation de la plaie, ou par les tentatives de déglutition du malade. Intelligence parfaitement conservée. Le 3^e jour, les crises envahirent les muscles des membres inférieurs, et vers midi le malade mourut dans un de ces accès.

Le traitement avait consisté en l'administration d'un lavement contenant 20 gouttes de teintures d'opium.

A l'autopsie, rien de particulier, si ce n'est un peu de congestion de l'encéphale et des méninges ; toutes les branches du facial étaient saines.

OBSERVATION III

(VON LANGENBECK, 1869, *Berliner Klinische Wochensch.*)

Jeune garçon de 7 ans, qui en juillet 1869, quelques jours après une plaie de la joue gauche avec corps étranger et paralysie faciale de ce côté, fut pris de trismus, puis de contractures des muscles de la face, du cou, du pharynx et des grands droits de l'abdomen. A l'aide de la sonde œsophagienne on lui administra 2 grammes de chloral, ce qui le fit dormir toute la nuit jusqu'à 3 heures du matin. De 3 heures à 9 heures il resta éveillé, mais calme ; à 9 heures, nouvelle crise assez intense. Une seconde fois le chloral fut administré avec la sonde dont l'introduction provoqua encore un accès. L'enfant redevint

alors calme et s'endormit, bien que le sommeil ne fut pas très profond. » L'observation s'arrête là.

OBSERVATION IV

(ROSE, *Handbuch der Chir.*, vol. I, 1870)

Tétanos céphalique consécutif à une plaie profonde de la mâchoire supérieure droite ; paralysie faciale. Guérison.

Il s'agit d'un matelot qui dans une chute s'est fait une plaie profonde de la mâchoire supérieure droite. Deux semaines après, il fut amené à l'hôpital avec tous les phénomènes d'un trismus complet, il existait en outre de la contracture des muscles du dos et du ventre. Mais alors un doute s'élevait : en présence de cette paralysie faciale si insolite, et bien que les phénomènes observés fussent tout à fait comparables à ceux du tétanos, était-on autorisé à admettre l'existence d'un tétanos traumatique léger, ou bien ne pouvait-on pas supposer qu'un corps étranger avait pénétré à travers la base du crâne, occasionnant ainsi des troubles encéphaliques ? La situation et la direction de la blessure rendaient très vraisemblable cette supposition ; mais la suite de l'observation vint démontrer qu'elle n'était pas fondée. En effet, le malade n'eut jamais la fièvre ; pas de vomissement ; pouls normal ; pas d'albuminurie, pas d'autres phénomènes paralytiques ; jamais de troubles du côté de l'intelligence, ni des organes des sens ; seulement les muscles contractés avaient de temps en temps des crises.

Quelques jours après, avec la suppuration, un petit éclat de bois fut rejeté au dehors, et il fut facile de reconnaître à sa longueur qu'il était tout à fait impossible qu'il eût pu occasionner des désordres du côté du cerveau.

Après cette issue du corps étranger, tous les symptômes du kopftétanos disparurent, absolument comme dans beaucoup d'autres cas analogues disparurent les phénomènes tétaniques, après l'extraction d'un corps étranger. Peu de temps après, le malade fut renvoyé complètement guéri.

OBSERVATION V

(KIRCHNER, 1870.)

*Arztlicher Bericht zu über das Könige, Reuss, Feld-Lazareth in
Palast zu. Versailles, 1870.*

Soldat qui, le 21 octobre 1872, reçut un coup de feu à l'œil droit ; épanchement de sang dans l'orbite ; exophtalmie prononcée ; opacité commençante de la cornée ; affaiblissement de la vision. Douleurs très légères, état général bon.

27 octobre. Quelques douleurs dans le cou. Paralysie faciale droite.

Le 28, déglutition difficile, mais non douloureuse. Appétit conservé. Opacité de la cornée et pus dans la chambre antérieure.

Le 29, trimus. Injections sous-cutanées de morphine.

Le 30, tétanos généralisé.

1^{er} novembre, mort.

OBSERVATION VI

(X..., 1874.)

Publiée dans les rapports de Saint Bartholomew's Hospital.
Reports 1875. Appendice, p. 40.

Le malade avait 56 ans. Il a une plaie contuse à la paupière inférieure gauche. Le sixième jour après l'accident se déclarent

à la fois du trismus et une paralysie faciale. La mort arriva seize jours après l'apparition de ces symptômes.

OBSERVATION VII

(KIRCHOFF, 1879.)

Berliner Klinische Woch. 1879, p. 369.

Femme de 32 ans qui, le 6 février 1875, s'enfonce une épine dans la tempe gauche. Sept jours après, trismus avec gêne de la respiration et de la déglutition ; le lendemain une crise et le surlendemain, paralysie faciale gauche. On ouvre un abcès dans la région temporale ; malgré cela, pas d'amélioration. Mort le 12^e jour.

OBSERVATION VIII

(THÉNÉE, 1880.)

Berliner Klinische Wochenschrift 1880.

Femme de 33 ans, plaie de la racine du nez qui, quatre jours après, s'enflamme un peu. Deux jours après, 10 novembre, paralysie complète de la face à gauche, contracture violente du masséter gauche et du temporal, rien à droite. Dysphagie. Le 12 novembre, la paralysie faciale existe aussi du côté droit, raideur de la nuque puis opisthotonos. Le 13, mort rapide par œdème pulmonaire.

OBSERVATION IX

(VON WAHL, 1882.)

St-Petersburger medicinische Woch. 1882, p. 333.

Homme 41 ans, plaie sus-orbitaire droite. Le 9^e jour, trismus et impossibilité de fermer l'œil droit ; depuis, paralysie faciale

droite ; à gauche, contracture des muscles de la face, en particulier de l'orbiculaire des paupières, rien du côté de la nuque et des membres.

Le trismus est tel qu'on le chloroforme pour ouvrir la bouche ; mais il asphyxie et on est obligé le lendemain de faire la trachéotomie.

Le tétanos envahit la nuque et les muscles du ventre, de plus en plus produit des spasmes intenses du pharynx qui empêchent absolument l'introduction de la sonde œsophagienne. Mort.

Rien de saillant à l'autopsie, malgré un examen minutieux du cerveau, du bulbe et de la moelle.

OBSERVATION X

(LEHRNBECKER, 1882.)

Bayer, aertzliches, intell, Blatt.

Homme 43 ans, plaie au-dessus de l'œil gauche.

Au 3^e jour, douleurs dans la nuque et le cou, puis dysphagie trismus et paralysie faciale gauche, tableau de l'hydrophobie. Mort après deux jours. Autopsie négative.

OBSERVATION XI

(MIDDELDORFF, 1883.)

Breslaner aertzliche Zeitschrift.

Enfant de 3 ans, piqûre à la tempe droite, successivement apparition de symptômes de trismus et de paralysie faciale droite. 14 jours après sa blessure, entrée du malade à la clinique. Les symptômes deviennent de plus en plus accusés jusqu'au 11^e jour.

A partir de ce moment, ils diminuent progressivement et 47 jours après, le malade était complètement guéri.

OBSERVATION XII

(MAYER, 1883.)

Prager medicinische Wochenschrift, 1883, p. 331.

Fille de 18 ans, blessure au sourcil gauche. Huit jours après, paralysie faciale gauche et impossibilité d'ouvrir la bouche. Marche lente des symptômes. Guérison après 34 jours de durée.

OBSERVATION XIII

(NANKIVEL, 1883.)

The Lancet 1883, p. 58.

Homme de 33 ans, plaie du dos du nez. Deux jours après (12 mars 1883), érysipèle de la face guéri au bout de cinq jours.

18 mars. Le malade remarque qu'il ne peut ouvrir la bouche, ni fermer l'œil droit, il est admis le lendemain à l'hôpital et présente les symptômes suivants. Les rides et les traits du côté droit de la face sont complètement effacés, l'œil est grand ouvert et ne peut se fermer ; la bouche et l'extrémité du nez sont déviés à gauche et la mâchoire inférieure ne s'ouvre que juste assez pour y introduire le manche d'une cuiller.

Le 20, la paralysie faciale peut être complètement neutralisée par un léger courant galvanique appliqué sur le trajet du facial. La respiration est considérablement gênée et sifflante. Le trismus reste sensiblement le même.

Le 21, douleur épigastrique, contracture des muscles du cou et du dos (belladone, chloral).

Le 23, de bonne heure dans la matinée, le malade a un spasme très violent des muscles de la respiration, il est presque

asphyxié. Il y a de l'opisthotonos, la paralysie faciale existe encore et le trismus est aussi complet qu'auparavant.

Le 24, spasmes généralisés. Mort.

OBSERVATION XIV

(BOND, 1883)

The British Medical Journal.

Homme de 23 ans. Le 2 juin, blessure grave du cuir chevelu. 16 jours après, raideur du côté droit du cou, le lendemain trismus incomplet.

Le 23 juin, les muscles de l'abdomen sont rigides (chloral.)

Le 27 juin, paralysie du côté droit de la face et en même temps de l'orbiculaire de l'œil et des lèvres.

Le 14, spasmes violents, contractures dans les bras, les jambes, le tronc. Le côté droit de la face cependant reste sans contracture. Pas de dysphagie.

Le 14 août, la paralysie faciale a complètement disparu. Les crises se sont espacées puis ont cessé. Sort guéri le 18 août.

OBSERVATION XV

(TRIGLIA 1884)

Giornale di Neuropathologia.

Homme de 50 ans. Plaie contuse du sillon labio-nasal droit. Tétanos avec paralysie faciale droite. Guérison.

OBSERVATION XVI

(BERNHARDT, 1884)

Zeitschrift für Klinische medicin.

H..., 32 ans, se fit extirper, le 17 octobre 1883, une tumeur dermoïde qui siégeait à l'arcade orbitaire gauche, tout près de l'angle externe. La plaie résultant de cette opération guérit très bien. Cinq jours après l'intervention, le malade éprouva une certaine difficulté pour ouvrir la bouche, difficulté qui alla en augmentant de jour en jour, la déglutition fut en même temps empêchée et, le 29 octobre, le malade vint me consulter. Il se plaignait de douleurs lombaires ; chaque tentative de déglutition provoquait des spasmes. Je constatai tout d'abord une paralysie du nerf facial gauche dont les phénomènes, d'après la déclaration de H..., s'étaient présentés aussi quelques jours après l'opération. En outre, les arcades dentaires étaient pressées énergiquement l'une sur l'autre, et aussitôt que le malade voulait ouvrir la bouche, il y avait des contractions convulsives des masséters, contractions dont on s'apercevait par un fort grincement de dents qu'on entendait à distance.

Il est clair que dans de telles circonstances, la nutrition du malade était empêchée au plus haut degré, la déglutition des substances solides était tout à fait impossible ; de plus la contraction réflexe des muscles du pharynx opposait une résistance insurmontable à la déglutition des liquides.

L'excitabilité électrique de la moitié paralysée de la face était intacte pour le courant faradique, de même que pour le courant constant, que l'on excitât directement ou indirectement le tronc ou les branches du nerf. Le muscle frontal gauche excité directement à l'aide du courant constant, donnait seul des contractions lentes. Il faut encore remarquer que

des deux côtés du menton et à la lèvre inférieure il y avait un certain engourdissement. Les extrémités étaient en état normal. Je diagnostiquai cette forme de tétanos, que Rose a décrit le premier sous le nom de tétanos de la tête et jugeant l'état du malade bien dangereux, je lui conseillai de se rendre dans un hôpital. Trois jours après (2 novembre) le malade mourut.

A l'autopsie je ne trouvait rien d'anormal, sauf que la pie-mère de la convexité présentait, un aspect trouble, de couleur lactée.

L'examen microscopique du nerf facial et de ses branches, a donné un résultat négatif.

OBSERVATION XVII

(GUETERBOCK, *Archiv. fur Klinische Chirurgie*, 1884, p. 837.)

Le 5 décembre 1883, Gueterbock, reçoit à sa poli clinique un malade qui lui a été adressé par un collègue Remak. C'est un cocher âgé de 61 ans. Il y a quatorze jours, il s'est heurté contre un corps anguleux. La blessure qui en résulta était superficielle, de forme linéaire; elle commençait au-dessus de l'angle externe de l'œil droit et se terminait au-dessous de la bosse frontale. Elle fut immédiatement fermée par un médecin et guérit en peu de temps.

Il y a quatre ou cinq jours, le malade a ressenti dans les deux articulations temporo-maxillaires, des douleurs telles qu'il ne pouvait ouvrir la bouche et ne prenait que des aliments liquides; en même temps, la moitié droite de la face commença à s'abaisser. Le 3 décembre, la paralysie faciale droite et le trismus étaient confirmés. Remak, qui le vit, reconnut le caractère périphérique de la paralysie; il constata une altération du goût. L'examen électrique ne révéla rien.

Pour se conformer aux désirs de Remak, qui voulait examiner la bouche du malade, afin de s'assurer que le trismus n'était

pas un phénomène réflexe. Gueterbock le chloroforma ; mais, aussitôt, se produisit chez lui un violent opistotonos, suivi de cyanose du visage et des mains et d'arrêt respiratoire. Gueterbock fut obligé de recourir à la respiration artificielle. Soudain, le malade revint à lui et ouvrit la bouche sans difficulté. Aucune lésion n'y fut constatée.

Actuellement, 5 décembre, le malade est en état de tétanos complet : trismus, raideur de la nuque, contractures des muscles de la face, apparentes aussi du côté droit, en dépit de la paralysie. Cet état est interrompu par des accès convulsifs. Le traitement consiste dans l'administration du chloral et en injections de morphine.

Durant les accès, on essaie d'ouvrir la bouche au moyen de l'écarteur de Heister et d'introduire une sonde alimentaire ; elle est constamment arrêtée au niveau du pharynx par un spasme musculaire. Dans la nuit du 6 au 7, la fièvre apparaît.

7 décembre. Cinq accès d'opisthotonos.

9 décembre. Cinq nouveaux accès, dont la durée oscillait pour chacun entre deux et cinq minutes. L'apnée force le malade à s'asseoir sur son lit. Dans le milieu du jour, il perd connaissance, le pouls s'accélère, atteint 108 pulsations, la respiration s'accroît. On remplace le chloral dont la dose était de 7 grammes par de l'éther camphré. Le malade est soulagé par l'écarteur de Heister. La paralysie faciale n'est pas modifiée.

7 décembre. Température du matin, 29,5, celle du midi, 39°, celle du soir, 38,6. Les secousses sont plus rapprochées, la respiration est superficielle. Mort le soir.

OBSERVATION XVIII

(HOLSTI, *Virchow. Hirsch.* 1884).

Un marin, âgé de 32 ans, reçut un coup à la partie gauche du crâne. Quatre jours plus tard se produisit une paralysie localisée à gauche. Le quatorzième jour, contracture des muscles masticateurs et de ceux de la nuque et du cou. Un mois et quatre jours après le traumatisme, se déclara une hémiparésie de tout le corps.

OBSERVATION XIX

(PHLEPS, New-York, *Academy of medicine Meeting of*,
12 novembre 1888)

Un jeune homme a reçu une pierre à la tête, il en est résulté une blessure contuse au niveau de l'os frontal, dans la région du sourcil. Quelque temps après apparaît une paralysie du nerf facial gauche, en même temps les mâchoires se fermaient par un spasme des masséters. Le onzième jour, les tentatives de déglutition déterminèrent de violents spasmes à la gorge et au cou. Dans la suite, d'autres parties du corps devinrent rigides et le jeune homme mourut au milieu de ces contractures, le onzième jour.

OBSERVATION XX

(WAGNER, 1834 *Schmidt Jahrbücher.*)

Un cas de tétanos céphalique, avec paralysie faciale.

OBSERVATION XXI

(HADLICH, *Berliner Klinische Woch.* 1885.)

Enfant de deux ans et demi, plaie de la joue droite très superficielle ; au bout de 12 jours, la plaie étant presque fermée, on observe une déviation de la face à gauche ; malgré cela, l'enfant est gai, mange et boit.

Paralysie faciale droite manifeste. Seize jours après l'accident, trismus. Le médecin le voit 12 jours après le début de la paralysie, 23 jours après l'accident. Il trouve la moitié droite de la face immobile, le sillon naso-labial gauche est très accentué, la bouche est divisée à gauche ; quand l'enfant pleure, tout s'accroît, la fente palpébrale droite est plus petite que la gauche qui est bien ouverte ; la moitié gauche de la bouche reste ouverte, les masséters sont contractés, les dents peuvent être écartées de 7 centimètres, mais, quand on essaye de les écarter davantage, on provoque des accès de spasmes des muscles releveurs de la mâchoire et des muscles de la face, la respiration s'embarrasse, l'enfant salive et l'écume coule par la moitié gauche de la bouche. Le tout dure une ou deux minutes.

Lorsque l'accès est passé, le petit malade peut boire du lait avec la moitié gauche de la bouche.

L'enfant guérit, quoique la paralysie faciale ait persisté longtemps encore à droite ; il n'y a pas eu de spasmes pharyngiens. Il a, comme Bernhart et Gueterbroch, remarqué que les muscles paralysés à droite étaient en même temps contractés. C'est ainsi que la contracture était manifeste dans l'orbiculaire (moitié droite) de la bouche, dans les élévateurs et les dilatateurs de l'aile droite du nez ; tous ces phénomènes s'accroissent quand l'enfant pleurait.

OBSERVATION XXII

(OLIVA, 1886, *Gazetta della Cliniche*)

Une femme de 50 ans se fit une blessure contuse au nez et une écorchure à la région molaire droite. Au bout de sept jours, apparurent du trismus et des contractures dans les muscles du pharynx, de la nuque et du ventre. Le traitement consista en 4 grammes de chloral et en injections aqueuses, d'une solution de curare de 0,06 pour 10.000. Vers le 18^e jour, survint une hémiplegie faciale droite, qui passa spontanément. Le 27^e jour, après une injection plus forte de curare, la respiration se ralentit et Oliva dut faire la compression thoracique. La malade sortit rétablie.

OBSERVATION XXIII

(BRUNNER, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1886,)

Le 26 avril, un homme de 27 ans reçut sur la moitié droite de la tête, un coup de hoyau de charrue qui lui fit une énorme blessure. Le médecin put sentir, le lendemain, les pulsations cérébrales dans sa partie la plus profonde.

1^{er} mai. Douleurs dans la région buccale.

3 mai. L'œil droit pleure constamment, douleurs à la partie cervico-crânienne droite. Le malade ne peut ouvrir la bouche.

4 mai. Il entre à l'hôpital. A la région frontale droite existe une blessure de 4 centimètres de long qui s'étend jusqu'à l'os, un fragment osseux pend à sa partie supérieure, il est adhérent au périoste et mesure 13 millimètres de longueur, il appartient à la table externe de l'os.

La plaie est agrandie et on enlève une seconde esquille de la table externe, puis plusieurs autres plus petites. La dure-mère est saine. Le malade tient sa tête droite et raide. Parésie faciale à droite. Trismus.

Contraction des muscles de la nuque et du ventre. Rien aux membres. De temps en temps secousses tétaniques et accès intenses de dyspnée. On ne peut faire prendre aucun aliment liquide, il se produit aussitôt une crise asphyxique. On fait la trachéotomie. Le malade meurt le lendemain à midi.

La plus haute température a été de 38,5.

OBSERVATION XXIV

(TERRILLON, *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, mars 1887.)

Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans qui fit une chute de cheval, il se releva n'ayant qu'une légère plaie contuse au niveau de la pommette du côté gauche. Sa plaie était presque guérie le 8^e jour, lorsqu'il remarqua qu'il éprouvait une certaine difficulté pour ouvrir la bouche. Le médecin de la famille, appelé aussitôt ne vit rien de spécial du côté de la plaie, mais constata un trismus unilatéral peu prononcé, avec un peu d'asymétrie de la face.

Le lendemain et le jour suivant ce trismus ne fit qu'augmenter ainsi que l'asymétrie de la face.

La famille effrayée amena l'enfant à Paris et me pria de le soigner. Voici ce que je constatai : Asymétrie de la face : côté gauche plus petit, ayant entraîné le côté droit, œil gauche légèrement rétréci, commissure labiale abaissée et déviée à gauche, en un mot tous les signes de la paralysie faciale du côté droit.

Cependant en y regardant de plus près, je pus m'assurer que

le côté droit n'était pas aussi flasque que dans la paralysie. Après avoir bien analysé chacun des symptômes, je pensai qu'il s'agissait là d'une paralysie faciale droite, mais avec une contracture légère des muscles faciaux à gauche. La mâchoire pouvait à peine s'entr'ouvrir de deux centimètres.

Le lendemain, cinquième jour après l'apparition du trismus, la contracture des mâchoires était plus complète, le masséter droit devint contracturé.

On pouvait à peine desserrer les dents de quelques millimètres ; chaque fois que le malade essayait de parler ou de remuer la mâchoire, il se produisait une crise douloureuse avec constriction des mâchoires, déviation exagérée de la face à gauche et congestion vultueuse de la figure et de la tête.

6^e jour, même état, quelques spasmes au moment de la déglutition.

7^e jour, toujours des crises dans les mâchoires.

8^e jour, le malade est maintenu sous l'influence du chloral.

10^e jour, Il supporte près de 10 grammes de chloral en lavements et s'alimente très bien.

Le température n'a jamais dépassé 38°.

La même état se prolongea avec quelques oscillations et donnait tout espoir de guérison, lorsque le 19^e le malade mourut brusquement sans présenter aucun phénomène saillant.

OBSERVATION XXV

(GIUFFRÉ. *La Sperimentale* 1887).

Un homme de 31 ans a été accidentellement atteint par une boule à la région zygomatique gauche, un peu au-dessous de la

cavité de l'orbite. La petite blessure cutanée ne tarda pas à se guérir ; mais un jour il se manifesta du trismus, une paralysie du facial gauche, et ensuite une rigidité des muscles des membres inférieurs et de la nuque avec de véritables accès tétaniques. On transporta le malade à l'hôpital.

Les pupilles normales réagissaient bien à la lumière. La contractilité des muscles faciaux paralysés était bien conservée sans réaction de dégénérescence. L'alimentation ne se faisait qu'avec des liquides. Le traitement aussitôt institué consiste dans l'administration de 3 à 4 grammes par jour de paraldéhyde, de bromure de potassium et de bains chauds.

L'amélioration fut lentement progressive jusqu'à la guérison qui arriva au bout de deux mois. On n'observa aucun trouble de la déglutition, aucune dyspnée. La température oscilla entre 37°5 et 36°7.

OBSERVATION XXVI

(CRONSSOUARD, in. Th. Bordeaux 1887.)

Madame B. 33 ans, est mordue par son cheval à la lèvre inférieure. Le troisième jour trismus : les contractures s'étendent aux muscles de la face, ceux du fond ainsi que l'orbiculaire sont indemnes : il existe de la dysphagie ; rien aux autres muscles du corps.

Cet état de choses a duré une vingtaine de jours. A mesure que les effets tétaniques s'amoindrisaient apparut une légère paralysie du muscle triangulaire. Pendant toute la maladie la température fut normale.

Traitement : chloral, morphine, bains...

OBSERVATION XXVII

(CHARVOT. Observation lue par Terrillon à la Société de Chirurgie, séance du 10 octobre 1888.)

W... cavalier, reçoit sur la face, le 25 mai 1888 un coup de pied de cheval : plaie de 4 centimètres sur l'os malaire droit.

Pendant cinq jours aucune complication.

1^{er} juin. Paralyse faciale droite très nettement accusée.

2 juin. A la paralyse faciale s'ajoutent des phénomènes spasmodiques généralisés, intermittents et du trismus. Pas de fièvre.

3 juin. Les contractures restent limitées à la face. Pas de troubles de la déglutition. Œil gauche habituellement fermé, œil droit demi-clos. Pupilles très contractées, égales des deux côtés, ne se dilatant pas. Hyperesthésie localisée à la plaie, qui est le siège d'une douleur vive et continue. Au moment des crises convulsives, l'asymétrie de la face s'accroît par la contracture des muscles de la moitié gauche du masque facial.

Jamais de contractures de la nuque. Les muscles sus-hyoïdiens et les sterno-mastoïdiens participent aux spasmes.

4 juin. Les contractions spasmodiques se sont généralisées. M. Charvot en raison de l'hyperesthésie extrême de la plaie, qui a pour effet de réveiller incessamment les spasmes, et se décide à sectionner le nerf sous-orbitaire.

Un accès asphyxique qui survient pendant l'anesthésie empêche l'opération d'être complète. Aucun soulagement.

5 juin. État extrêmement grave. Accès asphyxiques qui semblent déterminés par un spasme laryngé. Les muscles inspireurs et le diaphragme font des efforts violents.

Mort à une heure de l'après-midi.

OBSERVATION XXVIII

(MAISURIANZ, Saint-Petersbuger, *med Woch.* 1887.)

Ouvrier de 35 ans. Ulcération à la région temporale droite de la dimension d'une pièce de trois kopeks, elle a succédé à une ampoule mal soignée. Trois semaines plus tard, la moitié droite de la face devient douloureuse. Bientôt surviennent du trismus, de la gêne de la déglutition puis une paralysie faciale droite. Les muscles de la nuque et ceux du corps sont épargnés.

Le malade se trouve maintenant au bout de la huitième semaine et donne l'espoir d'une guérison complète.

OBSERVATION XXIX

BUISSON. (Observation lue par Verneuil à l'Académie des sciences, séance du 14 janvier 1888.)

X... négociant, 60 ans, très sujet aux maux de gorge, se mit, le 20 octobre, à décharger une voiture de carreaux à paver.

21 octobre. — Mal de gorge, surdité à droite. Cet état va en s'aggravant jusqu'au 13 novembre.

M. Buisson appelé ce jour-là ne découvre aucune lésion du pharynx ni des amygdales, mais il constate l'existence d'une paralysie faciale gauche.

19 novembre. — Impossibilité d'ouvrir les matières.

21 novembre. — Tétanos confirmé, haleine très fétide.

30 novembre. — Dans un accès, le patient a rendu un crachat visqueux mélangé de sang; les injections boriquées que

l'on poussait dans la bouche revenaient également teintées de sang.

4 décembre. — Contracture violente des muscles de l'apophyse thoracique.

Les jours suivants les symptômes menaçant disparurent peu à peu et le 25 décembre, le malade était guéri.

OBSERVATION XXX

(REMY ET VILLAR, *Gazette des Hôpitaux*, 1888.)

A... âgé de 36 ans, a reçu le 7 janvier 1888 à 9 heures du soir un coup de couteau à la partie interne de l'arcade orbitaire gauche, et sur la région fronto-pariétale gauche un coup de casse-tête à la suite duquel il perdit connaissance.

Laissé pour mort, il a été trouvé sur la route à cinq heures du matin par des ouvriers qui l'ont conduit dans une patrière voisine.

Il entre à la maison de Nanterre le 21 janvier. Voici ce que l'on constate chez lui ; il existe une plaie de 4 centimètres d'étendue au niveau de la partie interne de la région sous-cilière gauche.

Vives douleurs à la région fronto-nasale. Paralysie faciale du côté correspondant à la blessure, accompagnée d'une contracture de masséter du même côté.

Le malade ne donne que des renseignements vagues sur la date du début de ces accidents.

La plaie est nettoyée et pansée. Elle se guérit rapidement.

1^{er} février. — Tête du malade est inclinée du côté blessé — raideur de la nuque. — Contracture des muscles de la face du côté droit. Membre inférieur gauche ne peut se plier que difficilement.

4 février. — Respiration gênée. Déglutition difficile.

5 février. — Rigidité de la jambe droite, la gauche est devenue libre.

7 février. — Rigidité des deux membres inférieurs.

8 février. — Amélioration.

Jusqu'au 16 février le malade reste dans le même état. Tremblement spasmodique des membres inférieurs survenu à la suite de la flexion du membre. Du 17 au 22 février légère amélioration.

22 février. — Le malade tombe en syncope après un lavement de chloral. Mort le 2 mars.

OBSERVATION XXXI

(PERRET *Lyon-Médical*, 14 juillet 1889.)

Plaie de la région orbitaire du côté gauche causée par la chute d'une pièce de bois ; quatre jours après, apparition du trismus, et de la paralysie faciale. L'asymétrie est augmentée par l'action de rire, souffler, etc. La paralysie faciale correspond au siège de la lésion. Le sixième jour, les spasmes se généralisent. Le malade succombe le 10^e jour après le début.

OBSERVATION XXXII

(KLEMM, *Deutsche Ztschrift für Chirurgie*, 1887.)

Marie A..., 40 ans. Chute dans un escalier le 29 mai 1888, petite blessure au rebord orbitaire gauche. Aucun incident pendant les huit premiers jours, sauf quelques légères douleurs au niveau de l'œil gauche.

4 juin. La malade ressent des crampes à la mâchoire qui l'empêchent d'ouvrir la bouche. Elle avale bien.

8 juin. Pupilles égales et réagissant bien. Les arcades dentaires ne s'écartent pas de plus de deux millimètres. Paralyse faciale à gauche. De ce côté la paupière se ferme moins facilement qu'à droite. De ce côté aussi la malade ne peut plisser le front. Elle ne peut que très légèrement tirer la langue. La lèvre supérieure est enroulée en dedans. Hypéresthésie à la région massétérienne. Réflexes cutanés normaux. Les muscles répondent aux excitations électriques. Température normale.

L'état actuel persiste sans modifications jusqu'au commencement de juillet où les symptômes s'amendèrent peu à peu, sous l'influence du bromure de potassium. A la fin d'août la malade était guérie.

OBSERVATION XXXIII

(Lannois, *Lyon-Médical*, 1883.)

Le nommé Nicolas O..., âgé de 69 ans, marchand des quatre saisons, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Elisabeth, lit n° 30, le 30 septembre 1889.

Il y a juste 15 jours que O..., a été réduit à rester couché, l'œdème des membres inférieurs étant devenu très considérable et l'empêchant de marcher.

Il y a huit jours que sa femme s'est aperçue qu'il ne pouvait plus ouvrir la bouche et qu'elle n'a pu le nourrir qu'en faisant passer peu de liquide entre les dents au moyen d'une cuiller. Il est impossible d'obtenir des renseignements sur la date à laquelle son mari s'est fait une plaie vers l'angle externe de l'œil gauche.

Actuellement, ce qui frappe immédiatement lorsqu'on re-

garde le malade, c'est l'existence d'une paralysie faciale périphérique. L'œil est à demi-ouvert, le côté gauche de la face est uni, sans plis, sans rides et le contraste entre les deux côtés s'accentue encore quand le malade parle, le côté gauche restant absolument immobile, pendant le mouvement de la face, de la lèvre et de l'aile du nez à droite.

Le malade fume la pipe, sa commissure gauche est abaissée et laisse couler la salive.

Effacement du pli naso-génien, absence de rides sur le front. Il lui est complètement impossible de fermer l'œil gauche, alors qu'il tient actuellement le droit fermé. Aussi toute la moitié inférieure de la conjonctive bulbaire est-elle fortement injectée. On constate de plus un dépoli très manifeste sur la cornée à l'union de son bord inférieur avec la sclérotique.

Les deux pupilles sont punctiformes, insensibles à la lumière. La vue paraît normale. L'examen de l'oreille du côté gauche est négatif.

Trismus assez marqué qui gêne la parole. Pas d'hydrophobie, pas de dysphagie.

On ne trouve nulle part ailleurs de contractures ni de paralysies. Il plie facilement la nuque, serre fortement les deux mains, remue les jambes sans difficulté.

Pas de trouble de la sensibilité dans la sphère de distribution du trijumeau.

Le 2 octobre, raideur de la nuque. Mort à 11 heures du soir.

Autopsie. — Congestion cérébrale, mais pas d'autre lésion macroscopique, ni du cerveau, ni du bulbe, ni des nerfs. Le trijumeau et le facial, en particulier, sont parfaitement sains.

L'examen histologique de ces nerfs n'a pas été fait.

OBSERVATION XXXIV

(WILLIAMSON, *The Lancet*, 11 Juillet 1891, Résumée.)

A. B. . . , âgé de 64 ans, le 24 juin se blesse la tête avec un bâton pointu. Le 30 juin, éprouvant un peu de difficulté dans la mastication, il consulte un médecin qui l'envoie à l'hôpital.

La nuit de son entrée, trismus marqué ; chloral.

Le 2 juillet, l'œil gauche est absolument fixe, la pupille modérément dilatée, ne réagit pas à la lumière. La vision est bonne. A l'œil gauche les mouvements sont normaux, la pupille est extrêmement petite, la vision est bonne.

Les mâchoires sont énergiquement serrées. Pas de dysphagie. Les muscles du côté droit de la face sont dans un état de contraction tonique continue, tandis que la moitié gauche est complètement paralysée. La face est conséquemment déviée du côté droit et le bout du nez est notablement dirigé du même côté. Le moindre bruit provoque des paroxysmes. Le malade se plaint de douleurs qui de l'oreille irradient dans la moitié gauche du maxillaire inférieur. Pas de troubles de la sensibilité.

Le 3, l'état s'aggrave. Le malade est couché sur le côté gauche, de la salive qui semble sécrétée en grande abondance s'écoule de sa bouche. Il ne peut avaler et quand il veut prendre une gorgée de lait, il la rejette par le nez et la bouche. Pendant les accès, les muscles de la paroi abdominale sont maintenant contractés. En outre les nerfs de la 3^e et de la 4^e paires sont paralysés, car il y a du ptosis, une impossibilité complète de mouvoir le globe oculaire, sauf en dehors. Même dans cette direction, le mouvement est incomplet. La pupille, pourtant reste très petite. Il y a aussi paralysie du facial supérieur droit et la paupière supérieure de ce côté reste dans la position

où le doigt la place. La vue semble normale.

Le 4. Pendant la nuit les attaques paroxystiques deviennent moins intenses et ses amis pensent qu'il vaguérir. Cette modification était due à l'épuisement et il meurt à 9 heures.

Autopsie : Aucune lésion macroscopique du cerveau. Au microscope : légère vaso-dilatation dans la partie postérieure de la moelle. Les noyaux des 3^e, 4^e, 6^e et 7^e paires avaient un aspect normal. Les troncs nerveux ne présentaient également aucune altération.

OBSERVATION XXXV

(JANIN, Thèse de Paris 1892.)

R. E..., charretier, entre le 3 juillet dans le service de M. Th. Anger. Robuste, bien charpenté, n'a jamais été malade et n'a pas d'antécédents héréditaires pathologiques.

Il y a trois semaines, il reçoit un coup de pierre au-dessus de l'arcade orbitaire gauche. Hémorragie assez abondante. Perte de connaissance. Au bout de 10 jours cicatrisation complète.

Le jeudi 23 juin, environ huit jours après l'accident, le malade remarque qu'il éprouve une certaine difficulté à ouvrir la bouche. Le soir cette difficulté augmente. En même temps la bouche est déviée à droite, contracture des muscles de la nuque et du dos.

Le vendredi 24 juin, les phénomènes s'aggravent, la déviation de la bouche, en particulier, s'accentue.

3 juillet. Le malade entre à l'hôpital. La figure offre une asymétrie manifeste, la moitié gauche étant abaissée et portée en avant. La bouche est déviée à droite. De ce côté le lobule du nez dévié, la narine dilatée, la joue paraît tuméfiée, le sillon

labio-nasal est très accusé et la commissure des lèvres est relevée.

A gauche, la joue est flasque, la narine effacée et le sillon labio-nasal n'existe plus. En somme, paralysie faciale gauche très nette. Pas de sialorrhée.

Occlusion incomplète de la bouche par le masséter gauche. Le masséter droit est à peu près normale. La langue se meut facilement dans tous les sens. Contracture des muscles du cou et du dos. Il y a quelques troubles dysphagiques, néanmoins la déglutition est possible. Température 36, 5; il n'y a pas eu de fièvre.

Traitement. — Chloral 8 grammes par jour, isolement complet du malade. Enfin le 14 août la guérison est complète et le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXXVI

(JANIN, Th. Paris 1892.)

Homme, 24 ans. Plaie contuse de la région sourcilière droite; cicatrisation rapide. Deux jours après l'accident, difficulté légère de la mastication augmentant progressivement; le 8^e jour trismus assez intense, crise violente à la suite de laquelle se montre une paralysie faciale droite, qui, un mois après envahit le côté gauche. Dysphagie avec hydrophobie. Phénomènes asphyxiques et cyanose. Contracture s'étendant progressivement à la plus grande partie des muscles du corps. Guérison au bout de 68 jours.

A la suite d'une piqûre de vaccine symptômes absolument, semblables aux précédents. Eu outre apparition des signes

d'une tuberculose pulmonaire. Guérison du tétanos au bout de 54 jours ; persistance de la déviation de la bouche.

(A un moment donné les muscles paralysés n'ont pas réagi à l'électricité).

OBSERVATION XXXVII

(M. RECLUS. *Bulletin médical*, 8 Novembre 1893)

Une femme de cinquante-six ans, métayère à Orion, petit hameau de Béarn, avait, depuis deux jours, une ulcération de la lèvre inférieure, ulcération de la muqueuse provoquée par une incisive cariée ; dans la nuit du 9 septembre courant, elle prit froid en entretenant, dans les champs de maïs, les feux allumés pour éloigner les sangliers et les blaireaux ; elle rentra chez elle frissonnant et mal à l'aise et, dès le matin, la lèvre inférieure enflait ; la malade ouvrait moins facilement la bouche et ne pouvait plus avaler que les liquides ; aussi prend-elle le lit le lendemain 11 ; le 12 elle veut se lever, mais elle ressent une douleur intense dans la mâchoire qui s'immobilise et le cou devient raide. Au bout de quelques heures, les souffrances s'apaisent, mais la contracture persiste. La famille, effrayée, vient me prier d'aller voir la malade et, le 14 au matin, voici ce que je constate :

Elle est assise dans son lit, le dos soutenu par plusieurs oreillers ; la tête est fixe, immobile, maintenue dans la rectitude par les muscles antérieurs et postérieurs également contracturés ; sous la peau ridée de la région, on voit les cordes sailantes du trapèze en arrière, et, en avant des sterno-mastoïdiens. Leur rigidité est continue, et, à aucun moment une détente de l'un des groupes antagonistes ne permet la flexion ni l'extension. La face est vraiment hideuse ; la lèvre inférieure

est doublée on triplée de volume ; la moitié droite de la figure est lisse, inerte, sans ride et largement étalée, tandis que la gauche est tirée en haut et en dehors, creusée de sillons profonds ou soulevée par la saillie des muscles. Ce côté, dont la grimace est décrite sous le nom de « rire sardonique » contraste singulièrement avec la flaccidité du côté droit immobilisé par la paralysie faciale. La respiration est facile, mais la déglutition est fort pénible ; elle n'est possible que pour les liquides et encore réveille-t-elle un spasme fort douloureux.

L'existence de cette plaie de la muqueuse labiale, et l'apparition, à l'occasion d'un coup de froid, de cette rigidité des muscles de la mâchoire et de la nuque, cette paralysie faciale du côté droit, ce trismus et ce rire sardonique à gauche me firent porter le diagnostic de tétanos céphalique que devaient confirmer les jours suivants MM. Verneuil, Brissaud et Cöttinger ; le repos absolu, la plus grande tranquillité, le chloral à haute dose furent prescrits, et le 15, le 16, le 17 et le 18 la situation reste à peu près stationnaire ; le 19 la malade croit pouvoir se lever, mais à peine est-elle assise auprès du feu, qu'une douleur violente éclate au niveau des deux bras dont les contractions permanentes s'accompagnent de redoublements convulsifs. La respiration devient très difficile ; le creux épigastrique est le siège d'une souffrance vive et le diaphragme paraît atteint. Heureusement cette crise ne dure que quelques heures et s'apaise dès le lendemain sous l'influence de doses massives de chloral.

A partir de ce moment l'état s'améliore progressivement ; la paralysie faciale s'atténue la première, puis le rire sardonique ; la dysphagie est presque nulle, la douleur au niveau du creux épigastrique est moindre et les muscles de la nuque font, sous la peau, des saillies moins accentuées. Le 4 octobre Cöttinger revoit la malade ; il existe encore une légère contracture du trapèze et des sterno-mastoïdiens, mais les mouvements de rotation de la tête sont faciles ; le trismus permet un écarte-

ment des mâchoires suffisant pour livrer passage à la langue. Le 9 octobre, il faut un examen minutieux pour retrouver ces symptômes presque effacés. Enfin, aujourd'hui, le dysphagie augmente et s'accompagne de quintes de toux fort douloureuses, puis le trismus apparaît et ne nous laisse plus de doute sur la nature de la maladie. Il s'agit d'un tétanos céphalique que souligne l'existence d'une légère paralysie faciale. Nous entourons le malade de ouate, nous l'isolons dans une chambre noire et nous lui administrons des doses massives de morphines et de chloral.

Ce traitement reste sans effet : le trismus et la paralysie faciale persistent ; la dysphagie s'exagère au point que toute ingestion, même de liquide, est devenue impossible ; les quintes de toux sont de plus en plus pénibles.

L'appréhension de ces crises terrifie le malade au point que lorsqu'il voit un verre, ou même lorsqu'on lui parle de boire, il est pris d'une véritable attaque d'hydrophobie ; on constate que le ventre est immobile, creusé en bateau ; le diaphragme est en contracture manifeste.

13 octobre, les contractures ont disparu, la malade, quoique encore affaiblie se lève ; on a cessé l'emploi de chloroforme et tout permet de croire à une guérison complète de cette attaque de tétanos céphalique. Au 1^{er} novembre, elle est absolue,

OBSERVATION XXXVIII

(M. RECLUS, *Bulletin Médical*, 8 novembre 1893.)

^a Le 26 mars 1886, un journalier de quarante-trois ans entre à Broussais pour des brûlures de la face, de la main et du pied. Celles de la face sont les plus graves ; elles ont détruit, à gauche, la paupière supérieure et la peau qui recouvre l'os ma-

laire. L'état général paraissait cependant assez bon, lorsque, le 13 avril, le malade accuse un peu de dysphagie; il ouvre assez facilement la bouche pour nous permettre d'examiner le pharynx qui nous paraît normal. Mais, d'autre part, on ne constate ni du côté de la nuque, ni du côté des membres, aucune atteinte des groupes musculaires; la face, le pharynx, le larynx et le diaphragme sont les seuls envahis. Le 17 avril, le malade n'entend plus et ne répond plus aux questions qu'on lui pose; la respiration est de plus en plus faible; le pouls est très fréquent, la température s'élève à 40 degrés; la bouche est largement ouverte et il est facile de communiquer des mouvements à la mâchoire inférieure; dans la soirée, la mort survient.

OBSERVATION XXXIX

(M. RECLUS, *Bulletin Médical*, 8 novembre 1893.)

Envoyée par le docteur José-Pereira-Guimaraës, chirurgien de l'hôpital de la Miséricorde de Rio de Janeiro.

Le 5 janvier 1889, un charretier de 19 ans est renversé par une voiture et tombe sous un mulet; on le transporte à l'hôpital où l'on constate une fracture verticale du maxillaire inférieur, à la jonction du corps de l'os avec la branche montante droite, puis une plaie contuse de la région malaire et de la paupière supérieure gauche. Ces accidents se réparaient sans encombre, lorsque, le 15 janvier, dix jours après le traumatisme, le blessé accuse un engourdissement douloureux du masséter droit; on y trouve de la contracture qui imprime à la mâchoire une grande raideur. Le 16, le trismus est très accusé et les douleurs sont vives; elles existent non seulement au niveau du masséter, mais aussi à la nuque et aux lombes, bien que

la contracture reste localisée au seul muscle masséter droit ; le muscle gauche, en particulier, ne présente ni relief, ni rigidité.

Du même côté où siège la contracture du masséter existe une paralysie faciale des plus accentuée ; la joue droite est flasque, pendante, affaîssée ; le sillon naso-labial a disparu, et la commissure gauche est tirée en haut et en arrière de telle sorte que l'orifice buccal a une direction oblique en haut et à gauche.

Le buccinateur, les muscles du menton, l'orbiculaire des paupières, le frontal sont atteints ; aussi le malade ne peut cacher le globe oculaire et les rides du front très marquées à gauche, ont disparu à droite où la peau reste lisse. Le diagnostic de tétanos avec paralysie faciale s'imposait et l'on prescrit l'antipyrine, le bromure de potassium et la morphine à haute dose. Cette médication apaise immédiatement les douleurs, et, dès le lendemain, la contracture du masséter cède et permet un léger écartement des mâchoires.

Le 21, la contracture a cessé complètement, mais la paralysie faciale persiste ; on essaie de la combattre par la noix vomique et les courants induits, mais les muscles ne réagissent pas.

Le 2 février, on constate une amélioration ; les muscles se contractent sous l'influence de l'électricité et l'orbiculaire se ferme.

Néanmoins, le malade ne peut encore ni siffler ni souffler. L'amélioration est pourtant telle que notre charretier quitte l'hôpital ; nous le revoyons six mois après, le 2 août et nous constatons que la paralysie faciale ne s'est pas encore complètement dissipée, aussi prescrit-on un traitement électrique et une médication iodurée dont nous ignorons le degré d'efficacité, car, à partir du 16 août, le malade a échappé à notre observation.

OBSERVATION XL

(POISSON et RAPPIN, *Gazette Médicale de Nantes*, Résumée.)

Femme de 30 ans, bien portante habituellement. Ecorchure à la joue droite par coup de fouet.

Les jours suivants, douleurs vives dans tout le côté de la face, qui partaient du petit mamelon ulcéré, siègeant exactement à 2 centimètres en arrière de la commissure labiale droite et s'irradiant dans la joue, l'œil, la région temporale.

Le 10^e jour, le mari retire de la plaie un fragment de mèche long de 5 centimètres. Dès le 10^e jour, la commissure labiale gauche est entraînée par les muscles correspondants, la pointe du nez est dévié, l'œil ne peut se fermer complètement.

Presqu'en même temps que la paralysie, trismus, puis survient une contracture douloureuse des masséters, accompagnée d'un spasme de tous les muscles de la face à droite et rire sardonique.

Dysphagie, le contact du liquide introduit par une sonde urétrale dans le pharynx réveillait un spasme très pénible.

Excitation mentale. Pas d'hydrophobie proprement dite.

Traitement : morphine, chloral, obscurité, ouate.

La température a oscillé de 37,5 à 37,9. Maxima 38,5.

A partir du 8^e jour, amélioration, guérison en un mois.

La paralysie faciale n'est pas encore guérie, mais très améliorée, six semaines après le traumatisme initial.

L'examen bactériologique des inoculations faites avec des fragments non de la mèche, mais de la lanière du fouet, donnèrent des résultats permettant d'affirmer l'existence du bacille de Nicolaïer sur ce fouet.

La preuve bactériologique du fait clinique, à donc été complète.

OBSERVATION XLI

(NAVARRE, *Lyon Médical*, 4 février 1894, Résumée.)

J. C., 36 ans, forte et bien musclée, faisait usage de boissons alcooliques, fait le 19 août 1896, une chute qui détermine une contusion de la hanche et une vaste plaie contuse de la région frontale droite. Pansement antiseptique suture lâche.

Le 28 août, la plaie a suppuré. La malade se plaint d'un peu de gêne dans la région antérieure du cou au moment de la déglutition.

Le 31 août. Trismus à droite, impossibilité de fermer l'œil droit. Haleine fétide. Tête inclinée du côté blessé.

1^{er} septembre. Paralysie faciale du côté de la plaie, déviation de la commissure du côté sain, impossibilité d'arriver à l'occlusion complète des paupières et de froncer la peau du front du côté atteint. Contracture des masticateurs. Dysphagie. Pas de trouble de la sensibilité de la face.

Traitement : Bromure de potassium, chloral, etc..

2 septembre. T. 38° 2. La malade est couchée sur le côté droit et la salive s'écoule sans interruption sur l'oreiller.

3 Septembre. Augmentation du trismus et de la dysphagie.

5 Septembre. Crise violente puis sorte de détente des symptômes tétaniques et hémiplegiques de la face. La figure reprend un aspect presque normal.

6 Septembre. Mort dans le coma le 18^e jour après l'accident, le 10^e du tétanos.

Les particularités de cette observation sont :

1° Le début de la contracture par les muscles sous-hyoïdiens.

2° La disparition de l'hémiplegie faciale concomitante de l'apparition des convulsions toniques généralisées et de l'aggravation de l'état général.

3° L'hyperthermie des deux derniers jours (39° 6, 40° 8 42°).

OBSERVATION XLII

(Personnelle, publiée dans l'*Union Médicale* du 28 septembre 1895).
Hôpital Laboisière, service du docteur Gougenheim.

Le 21 juillet le malade en frappant un cheval se donne un coup de fouet dans le grand angle de l'œil gauche, la mèche reste dans la plaie.

Jusqu'au 9 août, la plaie suppure légèrement, mais le malade continue son travail sans s'en préoccuper.

Le 9 août il éprouve une tension de la joue gauche. La plaie devient douloureuse, en pressant il fait sortir la mèche du fouet avec quelques gouttes de pus.

Le lendemain 10 août, apparaît la paralysie faciale du côté de la plaie. La contracture si elle a existé, a passé complètement inaperçue.

Le 11 août le trismus fait son apparition. D'après ce que raconte le malade, il semble qu'il est d'emblée bilatéral.

Le 13 août, entrée à l'hôpital. Le côté gauche de la face est paralysé, l'œil est ouvert et ne peut être fermé. Le côté droit paraît être légèrement contracturé, l'œil droit ne peut être ouvert spontanément; pour l'ouvrir, le malade est forcé de faire un grand effort.

Les mâchoires sont rapprochées et ne peuvent être séparées de plus de 1 centimètre.

Traitement : 12 grammes de chloral, un piqûre de morphine.

Le 14 août, l'état est le même.

De temps à autre on remarque un léger degré d'opisthonas ; le malade est placé dans une chambre obscure, on lui adminis-

tre 16 grammes de choral et trois piqûres de morphine. Le même traitement sera donné les jours suivants.

Le 13 août, encore même état, mais un symptôme nouveau apparaît : la dysphagie. La température s'élève à 39,8 pour redescendre à 37° et osciller jusqu'à la mort entre 37° et 38°.

Le 17 août, au matin, le malade semble mieux. La paralysie faciale s'atténue, le malade peut fermer l'œil gauche. La dysphagie et les crises d'opisthotonos disparaissent.

Mais la rémission est de courte durée et, dans la soirée, la dysphagie reparait et le trismus s'accroît. En même temps le malade se plaint de crampes dans les membres de la face.

Le 18 août, le tétanos se généralise, le malade est en opisthotonos. Quelques secousses dans les membres sont observées. La dysphagie est complète, la respiration est gênée et anxieuse. Il perd connaissance et ne reconnaît plus sa famille qui vient le voir ; mais pas de délire.

La mort a lieu à 6 heures 50, au moment où un infirmier lui donne à boire.

L'autopsie est faite 36 heures après la mort.

Les poumons sont fortement congestionnés.

Les centres encéphaliques ne présentent rien de particulier.

Les méninges rachidiennes sont congestionnées.

La moelle est largement diffluite, ce qui semble dû à un commencement de putréfaction.

OBSERVATION XLIII

(CARETTI, *Riforma Médica*, 17 janvier 1895.)

Tétanos céphalique traité par l'antitoxine de Tissoni-Cattani
Guérison

Le soir du 8 septembre dernier, je fus appelé d'urgence près de N.N..., paysanne, veuve, âgée de 44 ans, habitant Vaghenza

dans la province de Ferrare. Cette femme en tombant du haut d'une voiture, s'était fait à la tête une blessure qui avait donné lieu à une abondante hémorrhagie.

Accouru promptement et pourvu de ce qu'il fallait pour le pansement, après avoir enlevé les linges souillés de sang qui empêchaient l'examen, je trouvai au front une plaie contuse à bords dilacérés, dont le fond était recouvert de caillots. Cette plaie s'étendait de la glabella à la racine du nez intéressant presque toute l'épaisseur des parties molles de de cette région qui, dans l'étendue de quelques centimètres, sont légèrement tuméfiées. Désinfection au sublimé. Suture, pansement occlusif au coton phéniqué.

Légère suppuration. Au 7^e jour, ablation des fils. L'œdème et la suppuration ont presque disparu. Il reste encore un gonflement très limité, de la rougeur de la cicatrice qui est très sensible à la pression.

Le jour précédent était apparu (6^e jour de la maladie), une contracture des masséters gênant l'ouverture complète de la bouche, et, par intervalle, des douleurs fugaces avec contracture légère des masséters.

La température, le pouls et la respiration étaient normaux (4 grammes de chloral et de bromure de potassium).

10 septembre. Trismus plus complet. Même état général. Injection de 2 cent. 1/2 d'antitoxine dissoute dans 25 grammes d'eau distillée stérilisée.

10 septembre. Les muscles de la nuque sont pris. Injection de 2 gr. 1/2. Le soir, nouvelle injection.

18. Injection de 1 gr. 10. Notons un léger ptosis, une paralysie faciale des deux côtés, la physionomie est apathique.

Le malade, pour répondre à mes demandes porte les doigts de la main droite à ses lèvres et montre l'impossibilité de faire disparaître l'ouverture passive et de remuer les lèvres.

Le 19. Injection de 1 gr. 10 d'antitoxine.

La paralysie faciale est bilatérale ce qui est dû à la situation

médiane de la plaie : Les filets nerveux ont conservé l'excitabilité faradique. Bien que le courant soit très faible il détermine la contraction des muscles et fait reconnaître la mimique et les expressions sur ce visage impassible.

Au moment d'octobre, disparition lente, mais progressive des phénomènes tétaniques. En même temps, diminution de la paralysie faciale.

Le 3 novembre guérison complète.

CONCLUSIONS

1° Le tétanos céphalique s'accompagne presque constamment (à la condition toutefois qu'il soit consécutif à une plaie de tête) de paralysie faciale.

2° La nature tétanique de cette paralysie, est aujourd'hui suffisamment démontrée ; mais sa pathogénie est obscure. L'anatomie pathologique ne fournit à ce sujet aucun renseignement.

3° Ses allures sont celles des paralysies faciales périphériques le plus souvent. Les branches intra-temporales, sont exceptionnellement affectées. Exceptionnellement aussi le facial supérieur reste indemne. Elle peut être unilatérale, passer d'un côté à l'autre ou être bilatérale.

4° Cette paralysie peut apparaître en même temps que le trismus, avant lui ou longtemps après et même au moment de la convalescence.

5° L'asymétrie faciale qu'elle produit est parfois exagérée par l'existence d'une contracture du côté opposé. La paralysie siège presque toujours du même côté que la blessure.

6° Lorsque le tétanos guérit, la paralysie faciale guérit plus ou moins rapidement. Sa persistance n'est notée qu'une fois.

BIBLIOGRAPHIE

- VON LANGENBECK. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1889, p. 363.
- ROSE. *Handbuch der Chirurgie*, vol. I, p. 86 et 88.
- POLLOCK. *Handbuch der Chirurgie*, vol. p. 88.
- KIRCHNER. Arztlicher Bericht über das Königl. Reuss, Feld-Lazareth in Palast zu Versailles 1870.
- Saint Bartholomew's Hospital Reports*, 1875, ap. p. 40.
- ZSIGMONDY. Arztlicher Bericht des K. K. Allgem. Krankenhauses Zu Wien, 1879.
- KIRCHOFF. *Berliner Klinische Woch*, 1879, p. 369.
- THÉNÉE. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1880.
- GOSSELIN. *Gazette des hôpitaux*, 1880.
- VON WAHL. *Saint Petersburger medicinische Woch*, 1882, p. 333.
- LEHRNBECKER. Bayer. Ärztliches intell., Blat. 1882.
- MIDDELDORFF. Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1883.
- MAYER. *Prager medicinische, Woch*. 1883, p. 351.
- NANKIVEL. *The Lancet*, 1883, p. 88.
- BOND. *The Brit. med. journ.*, 1883, p. 918.
- TRIGLIA. *Giornali di Neuropathologie*, 1884.
- HOLSTI. *Virchow Hirsch*, 1884.
- BERNHARDT. *Zeitschrift für Klin. Medicin.*, 1884, p. 411.
- GUETERLBOCK. *Archiv. für Klin. Chir.*, 1884, p. 837.
- P. WAGNER. Schmidt Jahrbücker, 1884 p. 269.
- HADLICH. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1885 p. 266.
- OLIVA. *Gazetta delle Cliniche*, 1886.
- BRUNNER. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1886.
- TERRILLON. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1887.
- GIUFFRÉ. La Spérimentale, octobre 1887.
- CROSSOUARD. Thèse de Bordeaux, 1887.

- TERRILLON. *Revue de chirurgie*, 1887.
REMY ET VILLAR. *Gazette des Hôpitaux*, 11 décembre 1888.
VILLAR. *Gazette des Hôpitaux*, 22 décembre 1888.
VERNEUIL. *Bulletin de l'Académie des sciences*, 16 janvier 1888.
MAISURIANZ. *Saint-Petersburger medicinische Wochenschrift*, 1887.
KLEMM. *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, 1889.
PHLEPS. New-York academy of medicine, 12 nov. 1888.
PERRET. *Lyon Médical*, 14 juillet 1889.
PEZOPOULOS. *Galenos*, n° 8, 1887.
CHARVOT. *Bulletins de la Société de chirurgie*, t. XIV, p. 687.
LANNOIS. *Revue de médecine*, février 1890 et *Lyon médical*, 10 novembre 1889.
ROBERTS et WILLIAMSON. *The Lancet*, 11 juillet 1891.
ALBERT. Thèse de Lyon, 1890.
COURMONT et DOYON. *Archives de Physiologie*, 1892, 1893, 1895.
NERLICH. *Archives für Psychiatrie* XXIII, 3.
CONRAD BRUNNER. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, XXX p. 574.
JANIN. Thèse de Paris, 1892.
RECLUS. *Bulletin Médical*, 8 novembre 1893.
CHEVALIER. Thèse de Bordeaux, 1894.
RAPPIN ET POISSON. *Gazette médicale de Nantes*, 1894.
HOUQUES. Thèse de Bordeaux, 1894.
LARGER. *Bulletin de la Société de chirurgie*, XXI, n. 772.
NAVARRÉ. *Lyon médical*, 4 février 1894.
BIDON. *Marseille médical*, 1^{er} février 1895.
ROCHARD. *Union médicale*, 1^{er} juin 1895.
GOUGENHEIM. *Union médicale*, 28 septembre 1895.
CARETTI. *Riforma Médica*, 16 janvier 1895.

Vu par le Président de la thèse :

DEBOVE.

Vu le Doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

